الدكتور رياض نايل العاسمي

المبادئ العامة

في تخطيط وتقييم برامج الإرشاد النفسي



NOUR Publishing House

ARRAB Publishing House

المبادئ العامة

في تخطيط وإدارة برامج الإرشاد النفسي

المبادئ العامة

في تخطيط وإدارة برامج الإرشاد النفسي

الدكتور رياض نايل العاسمي

ISBN: 978-9933-480-11-0



دار العراب

للدراسات والنشر والترجمة

دمشق – سوريا – حلبوني الجادة الرئيسية

هاتف: 00963112247432

009631123485245

فاكس: 009631123485246

جوال: 00963933406321

E-MAIL:daralaraab@yahoo.com



دار نور

للدراسات والنشر والترجمة

دمشق – سوريا – ص . ب 5658

هاتف – 0096315715430

00963157198420

فاكس: 00963157198425

جوال: 00963933329555

E-MAIL.: nourpublishing@gmail.com

الدكتور رياض نايل العاسمي

المبادئ العامة

في تخطيط وإدارة برامج الإرشاد النفسي





دار العراب للدراسات والنشر والترجمة دار نور

بِسۡمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحۡمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ

﴿وَلَقَدۡ ءَاتَيۡنَا لُقۡمَٰنَ ٱلۡحِكۡمَةَ أَنِ ٱشۡكُرۡ لِلَّهِۚ وَمَن يَشۡكُرۡ
فَإِنَّمَا يَشۡكُرُ لِنَفۡسِهِۦۖ وَمَن كَفَرَ فَإِنَّ ٱللَّهَ غَنِيٌّ حَمِيدٞ﴾

[سورة لقمان: 12]

إهداء

إلى روح والديّ................. رحمهما الله وأسكنهما فسيح جناته

إلى إخوتي الأحبة......

إلى زوجتي الغالية التي عاشت معي كل أحلامي وآلامي

إلى قرة عيني، أبنائي: عمر وشيماء ويمان ومحمد عدنان

إلى كلّ من علّمته التجربة الإنسانية وخبرة الإدراك كيف يعيش ليحب الأخر، وكيف يُحب ليعش.

إلى كلّ من عرف أن حبه للآخر هو الذي يخبره بذاته الحقيقة، ويخبره أن مساعدة الأخر في حالة الألم هو القيمة الكبرى التي تخلع على سائر القيم.

إلى كل مرشد يسعى إلى بناء علاقة بناءة مع الأفراد المحتاجين إلى المساعدة، ثمارها النضج والتقدم والصحة النفسية.

إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل المتواضع

المؤلف

تقديم للكتاب

أصبح الإرشاد النفسي في الوقت الحاضر علماً تطبيقياً، والمرشد النفسي يجب أن يمارس عمله الإرشادي استناداً إلى متطلبات المجتمع الذي يعيش فيه، إذ لا يجدي التنظير في هذا المجال، بل لابد من اقتران القول بالعمل، وأن يستفيد المرشد النفسي مما توصلت إليه الدراسات والأبحاث العلمية في مجال علم النفس والإرشاد النفسي، في خدمة الأفراد (المسترشدين) الذين هم بحاجة إلى مساعدات إرشادية.

والكتاب الذي بين أيدينا في ثوبه الجديد والمؤلف من قبل الزميل الدكتور رياض نايل العاسمي، يحمل في طياته الكثير من تجارب المؤلف العملية في الإرشاد والعلاج النفسي، حيث يأخذ بيد القارئ في رحلة علمية عملية خطوة بخطوة يتعرف من خلالها على برامج الإرشاد النفسي وأشكالها والخطوات الرئيسة في بنائها وتصنيفاتها، كما يتعرف أيضاً على المشكلات التي تثيرها هذه البرامج مع ذكر أمثلة واضحة لبعض النماذج التطبيقية لهذه البرامج.

والقارئ المهتم بالبرامج الإرشادية سيجد في تأليف هذا الكتاب احترافاً مهنياً عالياً من قبل المؤلف كمرشد ومعالج نفسي متميز، بالإضافة إلى منهجيته العلمية الواضحة. وقد جاء هذا الكتاب ليسد ثغرة كبيرة في المكتبة العربية التي لا زالت تفتقر إلى كتب متخصصة في برامج الإرشاد والعلاج النفسي.

ولا بد في الختام من تقديم التهاني القلبية للزميل الدكتور رياض العاسمي على هذا الإنتاج العلمي المتميز، متمنياً له دائماً مزيداً من العطاء والتوفيق في حياته المهنية والشخصية.

د. أحمد محمد الزعبي
أستاذ الإرشاد النفسي المشارك
جامعة دمشق ـ الكلية التربية

بسم الله الرحمن الرحيم

مقدمة الكتاب

الحمد لله نحمده ونستعينه، ونستغفره ونستهديه، ونتوب إليه، ونشكره، ولا نكفره، ونعوذ بالله من شرور أنفسنا، ومن سيئات أعمالنا. والحمد لله الذي علم بالقلم، علم الإنسان ما لم يعلم، والشكر لله على ما اختص به أمة محمد صلى الله عليه وسلم، حيث جعلها خير أمة أخرجت للناس، وأصلي وأسلم على خير البشرية سيدنا محمد صلى الله عليه سلم، أما بعد.

إن الإرشاد في اللغة العربية له معاني كثيرة، فهو: الهداية، وإرشاد الضال وهدايته إلى الطريق وتعريفه به، والرشد والرشاد: السلوك الفكري والنفسي والخلقي والعملي المرافق للحق الصواب، أو لما هو الأفضل والحسن، والبعد عن الضرر. كما يقصد به الترشيد والهداية والتوعية والإصلاح وتقويم الخدمة، المساعدة، وتغيير السلوك إلى الأفضل.

وقد كثر استخدام هذا المصطلح استخداماً واسعاً في حياتنا اليومية، إذ يستخدم لدى كثير من العاملين في مجالات الحياة المختلفة مثل: الأطباء والمحامين والقضاة والدبلوماسيين والأخصائيين الاجتماعيين والمرشدين النفسيين، والآباء والمعلمين...إلخ. وهذا المصطلح عدّه كثير من علماء النفس فرعاً تطبيقياً من فروع علم النفس، له أسسه النظرية، وأهدافه وأدواته، وفنياته وأساليبه التطبيقية التي يستند إليها، إضافة إلى ذلك فهو يتضمن مجموعة العناصر البشرية من المتخصصين أكاديمياً وتطبيقياً يقومون بهذه المهمة لمساعدة الأفراد المحتاجين إليها بطريقة علمية ومدروسة، وبعيدة كل البعد عن الإرشاد "الرعوي" الذي يقدم المساعدة والمساندة النفسية والتربوية والمهنية والأسرية لمن يحتاجون إليها بناءً على خبرتهم الذاتية فقط.

والإرشاد النفسي بشكل عام عملية واعية، وبناءة، ومخططة، تهدف إلى مساعدة الفرد، لكي يعرف نفسه، يفهم ذاته، ويدرس شخصيته، ويعرف خبراته، يحدد مشكلاته، وينمي إمكانياته، ويحل مشكلاته في ضوء معرفته، وتعليمه وتدريبه، لكي يصل إلى تحديد وتحقيق أهدافه، بغرض الوصول إلى تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي والشخصي، وصولاً إلى الصحة النفسية والسعادة الدائمة. ونتيجة للممارسة العملية في ميادين الحياة المختلفة أصبح للإرشاد

النفسي أشكال وفروع عديدة، مثل: الإرشاد الأسري، وإرشاد الكبار، وإرشاد الصغار، وإرشاد ذوي الحاجات الخاصة، وإرشاد الأفراد الذين يعانون من سوء التوافق النفسي والاجتماعي والأكاديمي، والإرشاد الزواجي ...إلخ. لقد أصبح في هذه الأيام - أكثر من أي وقت مضى - إن التوسع في تقديم الخدمات في عالمنا العربي أمر يحتاج إلى تكاتف جهود المخلصين في القطاعات التربوية والصحية والاجتماعية كافة، وذلك بهدف النهوض بمستوى تقديم الخدمات النفسية للأفراد الذين يعانون من مشكلات عديدة، هم بأمس الحاجة إلى المساعدة وتقديم يد العون لهم.

من هنا، فقد بدت الحاجة ضرورية وأساسية لتوفير مصادر موثوق فيها بغرض فتح آفاق جديدة أمام الدارسين والمتدربين لتعريفهم بالأساليب الحديثة في الممارسة الإرشادية، وتقديم البرامج الإرشادية بتفصيل واضح من خلال نماذج واقعية بعض المشكلات التي يتعرض لها بعض أفراد المجتمع، مع تقديم حلولاً مناسبة لها.

وقد جاء هذا الكتاب ليسدَّ فجوة علمية كبيرة في مجال التعريف بالبرامج الإرشادية وخطوات تنفيذها، والإشكاليات التي تثيرها. فقد اطلّع المؤلف على أدبيات البحث في مجال البرامج الإرشادية في البلاد العربية، فلم يجد كتاباً واحداً تناول هذه البرامج نظرياً أو تطبيقياً، وإن حوت بطون الكتب بعض النماذج الإرشادية المختصرة لبعض المشكلات، إلا أنها وضعت بشكل مختصر في كثير من الحالات. وقد استفاد المؤلف من الكتاب الذي أعدّه لقسم الإرشاد النفسي بجامعة دمشق بعنوان برامج الإرشاد النفسي (2008) باعتباره النواة والمرجع الأول في العالم العربي الذي يتناول بالدراسة والتحليل برامج الإرشاد النفسي، لذلك جاء هذا الكتاب نسخة مطورة ومزيدة عن ذلك الكتاب.

ويتضمن هذا الكتاب بابين: الباب الأول ويتكون من سبعة فصول، هي التالية: الفصل الأول تناول بالدراسة والتحليل البرامج الإرشادية: مفهومها وأهدافها، وأسسها. وعالج الفصل الثاني أشكال البرامج الإرشادية وتصنيفاتها. أما الفصل الثالث فتناول الخطوات الرئيسة في بناء البرامج الإرشادية. بينما تناول الفصل الرابع المتطلبات الأساسية في بناء البرامج الإرشادية، أما الفصل الخامس فركز على الخطوات التنفيذية للبرامج الإرشادية. بينما تضمن الفصل السادس المشكلات التي تثيرها البرامج الإرشادية، وختم الفصل السابع بآلية تقويم وتقييم البرامج الإرشادية. بينما تناول الباب الثاني نماذج تطبيقية لبعض البرامج الإرشادية وهي من

إعداد باحثين آخرين في مجال الإرشاد النفسي، وهي: برنامج إرشادي مقترح للإقلاع عن التدخين لدى المراهقين، وبرنامج لمعالجة ظاهرة الخجل عند الطلاب، وبرنامج تدريبي للطفل التوحدي، وبرنامج للحد من الاكتئاب التفاعلي. نأمل أن يساعد هذا الكتاب الدارسين والباحثين في التعرف على كيفية تصميم البرامج إرشادية من الناحية النظرية والتطبيقية.

وأخيراً، أرجو أن أكون قد وفقت في تقديم هذا العمل المتواضع للمرشدين النفسيين المبتدئين، إضافة إلى طلبة الماجستير والدكتوراه والباحثين في الإرشاد والعلاج النفسي الذين لديهم رغبة في مساعدة أولئك الذين يعانون مشكلات نفسية واجتماعية وأكاديمية، وزرع بذور الأمل في نفوسهم لتحقيق التوافق والرضا والصحة النفسية، والتي ستنعكس - إن شاء الله - إيجابياً على حياتهم الأسرية والمهنية والأكاديمية، وعلى مجتمعهم ووطنهم، وأرجو من السادة القراء والمختصين في مجال الإرشاد والعلاج النفسي والمهتمين بقضايا السلوك الإنساني وكيفية تعديله والتحكم به، تزويد المؤلف بملاحظاتهم ومقترحاتهم القيمة حول المواضيع التي تطرق إليها في هذا الكتاب، إضافة إلى التطبيقات العملية للبرامج الإرشادية التي أشير إليها في الباب الثاني، وذلك بهدف تطوير وتحسين هذه البذرة التي وضعناها في هذا المجال، وذلك للوصول إلى رؤية متكاملة حول كيفية التعامل مع المشكلات النفسية لدى من يعاني منها على امتداد الوطن العربي، على اعتبار أن مواجهة تلك المشكلات لا تتم إلا من خلال الإطار الاجتماعي والثقافي للإنسان العربي، وليس من الأفكار والنظريات القادمة إلينا من خارج هذا الإطار والتي لا تناسبنا في كثير من الأحيان إذا كنا نريد أن نتغير حقيقة من الداخل بكل ما تعني هذه الكلمة.

أبها 15/6/1431 هـ

والله الموفق والهادي إلى سواء السبيل

المؤلف

الباب الأول

الفصل الأول
برامج الإرشاد والعلاج النفسي
مفهومها، أهدافها، خصائصها، وأسسها العامة

- توطئة
- دواعي الحاجة إلى البرامج الإرشادية
- مفهوم البرامج الإرشادية
- تعريف بالبرامج الإرشادية
- فوائد وأهمية البرامج الإرشادية
- أهداف البرامج الإرشادية
- الركائز الأساسية لبرامج الإرشاد.
- طبيعة البرامج الإرشادية وأسسها.
- المحكات العامة لبرامج الإرشاد النفسي
- الخصائص العامة للبرامج الإرشادية
- دور المرشد ومؤهلاته في التدخل الإرشادي

الفصل الأول
برامج الإرشاد النفسي
مفهومها، أهدافها، خصائصها، وأسسها العامة

توطئة:

أصبح تخطيط برامج الإرشاد يشكّل جزءاً أساسياً من أنظمة الخدمة النفسية والصحية والاجتماعية منذ مطلع الستينيات من القرن الماضي، ومن ضمنها رعاية الأطفال والمراهقين وكبار السن، ومكافحة الإدمان على المخدرات، والتصدي للسلوكيات المضادة للمجتمع، كالسلوك العدواني والسلوك التخريبي للممتلكات العامة وغير ذلك من السلوكيات. فقد انتقل التخطيط الذي بدأ في القطاع الطبي إلى مجال الصحة النفسية والإرشاد والعلاج النفسي بعد أن أخذت العيادات والمستشفيات النفسية بالازدياد والانتشار في معظم دول العالم بما فيها الدول العربية، حيث بدأت بتقديم الخدمات النفسية بصورة جدية للأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية مختلفة، وذلك نتيجة المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية، وما أفرزته الحروب والكوارث الكثيرة التي منيت بها الأمة العربية من مشكلات نفسية وسلوكية وانفعالية، وفي ضوء ذلك كانت الحاجة ماسة وضرورية إلى مثل تلك الخدمات الإرشادية بأشكالها ومناهجها المتعددة، بهدف تقديم الدعم النفسي للأفراد المحتاجين إلى المساعدة.

من هنا، أصبح لزاماً على الممارسين لمهنة الإرشاد والعلاج النفسي القيام بتنمية مهاراتهم وخبراتهم النظرية والعملية في توثيق المعلومات وفحص وتشخيص المشكلات، وفي وضع الخطط الإرشادية والعلاجية اللازمة للأفراد والجماعات التي تحتاج إلى مثل تلك الخدمات.

لذلك، فقد احتلت البرامج الإرشادية والتخطيط لها مكانة متميزة في هذا العصر، من حيث تحديد المشكلة وأسبابها، والعوامل التي أسهمت في ظهورها بهذا الشكل لدى الشخص (المريض أو المسترشد). بمعنى آخر قيام المرشد أو المعالج النفسي بفحص حالة المسترشد وتشخيصها تشخيصاً موضوعياً دقيقاً، يتضمن جميع الجوانب المختلفة في شخصيته الانفعالية والنفسية والسلوكية والمزاجية، وموقفه من مشكلته، كذلك العوامل الأسرية والبيئية التي أسهمت في وجود هذه المشكلة. ويقوم المرشد بعد ذلك بوضع وتصميم البرنامج الإرشادي

الذي يتناسب مع طبيعة الاضطراب، وعمر المسترشد، وجنسه. كما يتضمن الأهداف التي يسعى البرنامج لتحقيقها، وعدد الجلسات، والأساليب المستخدمة في البرنامج، مثل: التحصين التدريجي، وأسلوب الضبط الذاتي، والتعزيز الإيجابي، ودحض الأفكار غير المنطقية، ومعايشة الخبرة، إضافة إلى تحديد المؤشرات والمقاييس النفسية التي يستفيد منها المرشد في رصد التغيرات الإيجابية التي حدثت لدى المسترشد بعد الانتهاء من البرنامج الإرشادي.

دواعي الحاجة إلى البرامج الإرشادية:

نعيش اليوم في عالم متغير شديد السرعة، يتطور باستمرار، ومع هذا التغير والتطور في مختلف مناحي الحياة تبرز احتياجات جديدة للإنسان، وتحديات كثيرة ومشكلات متعددة تتطلب وجود خدمات الإرشاد والعلاج النفسي في مؤسساتنا الاجتماعية والتربوية والمهنية والصحية والإنتاجية، بل وفي المجتمع عامة. ومن تلك العوامل التي تؤكد ضرورة وأهمية الحاجة إلى الإرشاد والعلاج النفسي في الوقت الحالي مايلي:

1. الفترات الانتقالية في حياة الفرد:

يمر كل فرد منا عبر مراحل نموه المختلفة بفترات وأزمات تعترض طريق نموه الطبيعي، ويحتاج فيها إلى مد يد العون والمساعدة في التغلب على ما يعترضه من مشكلات مختلفة. ومن أهم تلك الفترات الحرجة التي يمر بها في حياته اليومية فترة انتقاله من المنزل إلى رياض الأطفال والمدرسة الابتدائية، وانتقاله من المدرسة الابتدائية إلى المرحلة المتوسطة، ومن المرحلة الثانوية إلى المرحلة الجامعية والحياة العملية بعد انتهاء مرحلة التعليم الجامعي. وكذلك انتقاله من مرحلة الطفولة إلى المراهقة، ومن المراهقة إلى الرشد، ومن الرشد إلى الشيخوخة. وكذلك انتقاله من حياة العزوبية إلى الحياة الزواجية وتكوين أسرة...إلخ. وكل مرحلة من مراحل هذا التحول والانتقال يصاحبها مجموعة من التغيرات النفسية والاجتماعية والعقلية والانفعالية. فقد يجتاز الفرد هذه المرحلة بسلام أو بشيء من التوجيه. بينما بعض الأفراد قد يعانون من مشكلات حقيقية جراء عملية التحول والانتقال إلى المرحلة التالية، حيث يعيشون حالة من التوتر والقلق النفسي والاكتئاب وغيرها من المشكلات المختلفة التي تُعيق الفرد على التوافق مع المرحلة الجديدة. لذلك نراه في كثير من الحالات يطلب المساعدة والتوجيه والإرشاد للحد من تلك المشكلات التي تواجهه في هذه المرحلة ليصل إلى درجة من التوافق والتوازن النفسي.

ومن هنا، تأتي ضرورة عملية الإرشاد والعلاج النفسي ممثلة في تزويد الفرد بالمعلومات الضرورية وإكسابه بعض المهارات الاجتماعية التي تعينه على التوافق الجيد، والوصول به إلى درجة من الرضا والصحة النفسية.

2. التغيرات الأسرية:

إن التغيرات التي مرت بها الأسرة العربية في العقود الخمسة الأخيرة، كانتقالها من الأسرة الممتدة إلى الأسرة النواة، وخروج المرأة إلى العمل، واتساع دائرة العلاقات الاجتماعية وتشعبها، كل ذلك أدى إلى وجود مجموعة من المشكلات داخل الأسرة. فالابن الذي كانت تربيه جدته عندما كانت الأم تذهب مع زوجها لمساعدته في الحقل انتقل الآن إلى رياض الأطفال، وهذا الانتقال خلق مجموعة من المشكلات له، فهو الآن في بيئة غريبة عليه من حيث الأفراد، وطريقة التعامل والتربية...كل ذلك يحتاج في نهاية الأمر إلى وجود الإرشاد والعلاج النفسي لمساعدته في حل تلك المشكلات التي واجهته في بيئته الجديدة. أضف إلى ذلك وجود ضعف في العلاقات الاجتماعية القائمة بين أفراد الأسرة، نتيجة لعمل المرأة، وذهاب الأطفال إلى المدارس وعوامل أخرى ساعدت على ذلك، فلا يكاد هؤلاء يجتمعون سوياً إلا في المناسبات والأعياد. كذلك انتشار مشكلات غلاء السكن، ومشكلات الزواج، وظهور مشكلات العنوسة أو الزواج العرفي أو زواج المسيار بين الشباب. كل ذلك خلق العديد من المشكلات التي هي بحاجة إلى الإرشاد والعلاج النفسي.

3. التغيرات في مجال التعليم:

واكب التطور في مجال الحياة المختلفة التطور في مجال التربية والتعليم أيضاً من حيث أهدافه، وأساليبه، وطرائقه، والتقنيات المساعدة كالكمبيوتر والانترنت والداتا شو وغيرها من الوسائل الحديثة، والدخول إلى التعليم أعداد كبيرة جداً من الطلاب والطالبات في الآونة الأخيرة بعد أن كان التعليم مقتصراً على أبناء الصفوة في المجتمع. ومن مظاهر تطور العملية التعليمية اشتراك أولياء الطلبة في العملية التربوية، وعقد اجتماعات بين الآباء والمعلمين من أجل زيادة التعاون بين البيت والمدرسة. وقد أدت تلك الزيادة في عدد الطلاب في المدارس إلى خلق مشكلات حقيقية لديهم؛ كالمشكلات الدراسية كالتفوق والتأخر الدراسي، والمشكلات الاجتماعية والانفعالية والسلوكية. كل ذلك زاد من حاجة الطلاب إلى التوجيه والإرشاد النفسي، والذي إعتبره كثير من المهتمين في مجال الإرشاد جزء لا يتجزأ من أهداف العملية

التربوية، والذي يسعى إلى مساعدة الطلاب في التعرف إلى ما لديهم من استعدادات وقدرات وتوجيههم نحو الدراسة التي تناسب قدراتهم وميولهم، واكتشاف المشكلات النفسية الناجمة عن ذلك، ووضع البرامج الإرشادية والعلاجية للحد من آثارها السلبية على الطالب نفسه من جهة وعلى تحصيله الأكاديمي من جهة أخرى.

3. التغيرات التي طرأت في مجال العمل:

تتمثل تلك التحولات والتغيرات في تغيير أساليب الإنتاج ووسائله، واستخدام الثورة المعرفية والصناعية في مجال العمل، وتسخيرها وتوظيفها في مجال الإنتاج. ففي البداية كان العامل يستخدم في عمله قدرات عقلية محدودة، وقدرات عضلية كبيرة، وأساليب إنتاج بدائية، أصبح الآن يستخدم قدرات عقلية لا بأس بها - حسب طبيعة العمل - وقدرات عضلية محدودة، وأساليب وأدوات معقدة تحتاج منه لإتقان هذه المهنة أو تلك، مهارات وقدرات ودورات تدريبية مكثفة. أضف إلى ذلك فالعامل كان يعمل مع مجموعة من العمل بينهما توافق وانسجام، والفرد يعرف الكل والكل يعرف الفرد، أما الآن فإن طبيعة العمل قد تغيرت فقد يتطلب منه العمل مع أعداد كبيرة من العمال، ويتطلب منه كذلك مهارات توافقية مع هذا العدد الكبير. البعض قد ينجح والبعض الآخر قد يفشل. ومن هنا، فإن الحاجة إلى الإرشاد والعلاج النفسي هي حاجة ضرورية وملحة من أجل تحقيق درجة طيبة من التوافق في حياتهم المهنية، وزيادة إنتاجيتهم التي ستنعكس إيجابياً على حياتهم النفسية وعلاقاتهم الاجتماعية، ولا يتم ذلك إلا من خلال توافر شروط البيئة المناسبة للعمل، ووضع العامل المناسب في العمل الذي يتوافق وقدراته وميوله واستعداداته.

4. التغيرات في مجال التقدم العلمي والتقني:

لقد حدث في العصر الحالي تقدماً وتطوراً هائلاً في مجال المعرفي والتكنولوجي، وما أحدثته هذه الثورة من تغيرات كبيرة في مفاهيم الحياة المختلف، وما ترتب عليه من قصور ما ألفه الفرد واعتاده وسخره في مواجهة متطلبات الحياة، بحيث أصبح من الضروري مواكبة هذا التقدم حتى يتعامل الفرد بفاعلية وكفاءة مع معطيات التطور العلمي. ونتيجة لهذا التقدم في مجال المعرفة والتكنولوجيا المتقدمة، فقد تغيرت الاتجاهات والعادات، والقيم، وأساليب التفكير لدى كثير من الأفراد؛ كل ذلك خلق لدى بعضهم مشكلات تتعلق بالتوافق مع متطلبات الحياة التكنولوجية السريعة. وأصبح الشخص الذي لا يجيد التعامل مع هذه التطورات يعيش في حالة من العزلة

المعرفيـة وخصوصـاً التعامـل مـع الصـراف الآلي والموبايـل والانترنـت وغيرهـا مـن الأدوات التكنولوجية الحديثة، وبات يوصف ذلك الفرد الذي لا يحسـن التعامل مع منتجات التكنولوجيا الحديثة بأنه من فئة الأميين، الأمر الذي يترتب عليه صراع بين ما يعتنقه من قيم أصيلة تربى عليها وبين القيم والسلوكيات الوافدة، والتي لا تسمح له الظروف التعامل معها بحكمة، إضافة إلى معاناته من شعور عدم الأمن والقلق النفسي لعدم قدرته على مواكبة التطورات الحديثة في مجال المعرفة والتكنولوجيا المتطورة.

مما لاشك فيه، أن مواجهة هذه التغيرات والظروف تحتاج إلى تخطيط وإصلاح، يبدأ بتنمية معارف الفرد، ومساعدته على استخدام ما هو مناسب ومتاح له من التقنيات الحديثة عن طريق دورات وبرامج تدريبية تؤهله للتعامل معها بنجاح، ومواجهة المشكلات التي تعترض سبيلهم في تحقيق ذلك الهدف.

5. أحداث الحياة الضاغطة:

إن الاهتمام بطبيعة أحداث الحياة الضاغطة دفع الباحثين إلى الغوص في أعماق كثير من القضايا ذات العلاقة، حيث ميزت هذه الدراسات بين أنواع مختلفة لمصادر ضغوط الحياة، وذلك على النحو التالي:

أ - من حيث نتائجها: أحداث حياة ضاغطة بناءة (إيجابية) مثل الزواج والترقي في العمل، وأحداث حياة ضاغطة هدامة (سلبية) مثل المرض، والإصابة في العمل، وفاة شخص عزيز.

ب - من حيث حجمها: أحداث حياة ضاغطة متراكمة أو زائدة Hyperstress أو Overstress وهي الضغوط الناتجة عن تراكم الأحداث المسببة للضغط بحيث تتجاوز مصادر الفرد وقدراته على التكيف معها، وأحداث حياة ضاغطة منخفضةUnderstress وتحدث عندما يشعر المرء بالملل وانعدام التحدي والشعور بالإثارة.

ج - من حيث الاستمرار: أحداث حياة ضاغطة مستمرة كمنغصات الحياة اليومية، وأحداث ضاغطة متقطعة، مثل: المناسبات الاجتماعية، الحفلات، الإجازات.

د - من حيث المنشأ: أحداث حياة ضاغطة داخلية (أي من داخل الفرد مثل الحاجات، والطموحات والأهداف وغيرها)، وأحداث حياة ضاغطة خارجية (أي تأتي من البيئة الخارجية وهي كثيرة كالضوضاء، والملوثات وغيرها).

هـ من حيث المكان الذي تحدث فيه: أي في العمل أو الأسرة أو المدرسة أو في الشارع وغيرها.

و- من حيث عدد المتأثرين بها: أحداث حياة ضاغطة عامة (أي التي يتأثر بها كثير من الناس)، أحداث حياة ضاغطة خاصة (أي التي تؤثر على فرد واحد أو على عدد محدود من الأفراد (كحوادث الطرق، أو منغصات الحياة اليومية).

ويقول العلماء المهتمون بالضغوط النفسية إن الأحداث في حد ذاتها ليست ضاغطة، وإنما يتوقف ما إذا كانت ضاغطة أم لا على كيفية إدراكها أو تقديرها أو تقييمها من جانب الفرد.

وهناك عدد من المحددات التي قد تجعلنا ندرك الأحداث على أنها ضاغطة أو ليست كذلك، ومنها:

أ ـ **الأحداث السلبية: Negative Events** من المحتمل أن تؤدي الأحداث السلبية (مثل وفاة عزيز، إصابة عمل، توقيع جزاء في العمل، الطلاق)، إلى الإحساس بالضغط أكثر من الأحداث الإيجابية (الزواج، ولادة طفل، الترقية في العمل، السفر). وقد أظهرت الأحداث السلبية علاقة قوية مع كل من الكرب النفسي، والأعراض الجسمية عن الأحداث الإيجابية.

ب ـ **الأحداث غير القابلة للسيطرة أو التنبؤ: Uncontrollable** يمكن النظر إلى الأحداث في ضوء مدى قابليتها للتحكم وإمكانية التنبؤ بحدوثهاPredictability . فالوفاة في معظم الأحيان لا يمكن التنبؤ بها ولا التحكم فيها. يقول المولى عز وجل ﴿وَمَا تَدْرِي نَفْسٌ مَّاذَا تَكْسِبُ غَدًا ۖ وَمَا تَدْرِي نَفْسٌ بِأَيِّ أَرْضٍ تموت ﴾[سورة لقمان: 34]

هذه الأحداث ـ بلا شك ـ أكثر إثارة للشعور بالضغط النفسي من الأحداث التي يمكن التنبؤ بها أو التحكم فيها، وخاصة تلك التي لها مقدمات كدخول الامتحان، والزواج، والسفر. ولا تقتصر فائدة التنبؤ والسيطرة على قمع أو كف الخبرة الذاتية بالضغط، وإنما ـ في ظل ظروف معينة– تؤثر في الاستجابة الكيميائية الحيوية لها.

ج ـ **الأحداث الغامضة: Ambiguous**تشير الدراسات إلى أن الناس ينفرون من الغموض، ولا يستريحون للمواقف الرمادية، ولا يحبذون الأشياء التي تحتمل أكثر من تفسير وتأويل، ويأنسون إلى المواقف الواضحة. ويقول المثل العامي (وقوع البلاء خير من انتظاره) وهو مثل

يعبر عن النفور من الغموض، وتفضيل وقوع حدث سيئ أو أمر سلبي بدلاً من الانتظار والترقب وتوقع ما إذا كان سيحدث أم لا.

د ـ **زيادة العبء :** Overload يتعرض بعض الناس بفعل عوامل كثيرة مختلفة ومنها زيادة الأعباء الناجمة عن تعدد الأدوار والمسؤوليات، ونمط الشخصية إلى إحساس متزايد بالضغط إذا ما قورنوا بالأشخاص الذين يؤدون عدداً من المهام أقل، ولا يتحملون مسئوليات كبيرة.

وهذه الضغوط التي يواجهها الإنسان في حياته اليومية التي تُعيقه عن تحقيق أهدافه وطموحاته، تسبب له العديد من المشكلات والمتاعب، نذكر من أهمها :

- **الصراعات النفسية :** إن كثرة الصراعات النفسية، وعدم القدرة على تحملها أو حلها بطرائق توافقية مناسبة ومسؤولة، تؤدي بالفرد إلى الاضطرابات النفسية كالقلق، والاكتئاب والوساوس المتسلطة، إضافة إلى الاضطرابات السيكوسوماتية كارتفاع في ضغط الدم، والقرحة المعدية والمعوية وغيرها من الاضطرابات الجسمية ذات المنشأ النفسي.
- **الإحباطات :** وتتمثل في العوائق الاجتماعية والشخصية التي تعوق الفرد عن إشباع حاجاته الأولية والثانوية، وينتج عنها القلق والتوتر النفسي، والاكتئاب. من هنا، فإن الإرشاد والعلاج النفسي ذو أهمية بالغة في مساعدة الأفراد الذين يعانون من أحداث الحياة الضاغطة على التقليل من آثارها السلبية على المستوى النفسي والاجتماعي والجسدي، وذلك من خلال مساعدتهم على تنمية المهارات التي تمكنهم من التعامل مع ضغوطات الحياة اليومية واحباطاتها بأسلوب عقلي، وتقبلها على أنها أمور عادية، مساعدتهم كذلك على استخدام إمكانياتهم وقدراتهم استخداماً سليماً في حل المشكلات الضاغطة بطرائق مناسبة، مع تقديم الخدمات الإرشادية والعلاجية للأسر التي تعاني من مواقف ضاغطة في حياتها اليومية؛ كالمشكلات الاقتصادية، ومشكلات الاندماج الاجتماعي، ومشكلات التقبل والقبول، ومشكلات السكن والزواج وغيرها من المشكلات.

6. الزيادة السكانية:

وما يرافق ذلك من مشكلات، كنقص الغذاء، وتلوث البيئة، وانخفاض مستويات المعيشة، وعجز المدارس عن استيعاب الأفواج المتلاحقة من الأطفال. إذ تشير التقارير التربوية في بعض البلاد العربية إلى أن الطاقة الاستيعابية للصف الواحد بلغت (60) طالباً.

7. التغير في عالم الاقتصاد والمال:

وهذا التغير أدى إلى ظهور التكتلات الاقتصادية والشركات العملاقة، إضافة إلى الأزمات الاقتصادية التي منيت بها دور المال العالمية، وما الأزمة الاقتصادية العالمية التي حدثت في عام 2008 وما تلا ها من انتكاسات اقتصادية في العالم، كان آخرها إفلاس مجموعة دبي للأوراق المالية، إلا دليل صادق ودقيق على وجود مثل هذه الأزمات وانعكاساتها السلبية على الصحة النفسية للفرد، وظهور بعض المشكلات مثل القلق والاكتئاب، والوساوس المتسلطة، والجلطات الدماغية وغيرها من الأمراض.

8. القلق من الفوضى والمجهول:

إن عدم الاستقرار في النظام العالمي الجديد، وما خلفه من كوارث وحروب مدمرة انعكست سلباً على حياة الناس الصحية والنفسية والاقتصادية. وهذه المتغيرات وغيرها قد فرضت نفسها على الواقع الإرشادي، ووضعته أمام تحديات جديدة لا بد من مواجهتها. ومن هنا برزت الحاجة إلى الإرشاد النفسي في المجتمع العربي بمؤسساته المختلفة، وذلك للتصدي لهذه المشكلات التي تزداد اتساعاً وعمقاً مع تقدم الحياة وتعقيداتها. وفي الوقت نفسه تبدو الحاجة ملحة للمحافظة على صحة الفرد النفسية وقدرته على التوافق بينه وبين نفسه ومجتمعه والعالم الذي يعيش فيه، ليصبح أكثر تفاعلاً وإنتاجاً وأكثر شعوراً بالرضا والسعادة والصحة النفسية. كما أن مجال الإرشاد النفسي في جانبه التطبيقي يأخذ في الحسبان مجموعة من الاعتبارات المهمة عند تبنيه مسألة تقديم الخدمات الإرشادية للأفراد المحتاجين للمساعدة، ومن أهمها مايلي:

أ- ضرورة إتباع المنهج النمائي أو الوقائي أو العلاجي عند إعداد البرامج الإرشادية، وهذه المناهج يجب أن يكون مخططاً لها ومعدة الإعداد اللازم.

ب- أهمية العمل على جعل الفرد أكثر توافقاً من الناحية الفكرية والسلوكية والانفعالية والوجدانية.

ج - ضرورة التغلب على مشكلات النمو العادي لدى الأفراد، كالمشكلات الانفعالية ومشكلات التوافق والمشكلات الاجتماعية.

د ـ أهمية حل المشكلات النفسية أولاً بأول حتى لا تتفاقم وتزداد حدتها وتتطور عندما لا تجد الحلول المناسبة.

هـ ـ ضرورة مواجهة خدمات الإرشاد النفسي كتأمين الوسائل وإعداد الأخصائيين وتأمين المستلزمات المالية، والشروط المناسبة لتطبيق مثل هذه البرامج. ويعني ذلك، إنه يجب أن يكون البرنامج مخططاً له بشكل واقعي، وفي حدود الإمكانات المتاحة والممكنة، مثل:

1. تحديد الأهداف.
2. استخدام الوسائل والطرائق الإرشادية المناسبة لتحقيق الأهداف.
3. الشروط البيئية المناسبة لتطبيق البرنامج.
4. توفر الميزانية المطلوبة لتنفيذ للبرنامج.
5. تحديد إجراءات التقييم (العاسمي وآخرون: 2004، 25).

مفهوم البرامج الإرشادية Counseling Programs Concept:

انطلاقاً من أن مهنة الإرشاد النفسي بوصفها مهنة ذات قيمة وأهمية كبيرتين في الأوساط العلمية والاجتماعية، إذ أصبح ينظر إليها باعتبارها خبرة إنسانية في عالم متغير، حيث ضعفت فيه العلاقات الإنسانية بشكل واضح وأصبحت ملامح الوحدة النفسية وعدم الرغبة بإقامة علاقات إنسانية ناضجة مع الآخرين سمة من سمات أفراد اليوم كباراً وصغاراً. لذلك جاءت البرامج الإرشادية لتسمح للناس بالتعاون مع بعضهم لإنجاز أهدافهم المشتركة، وإتاحة فرص عديدة للتعبير عن آمالهم وطموحاتهم ومخاوفهم، ومشاركة بعضهم بعضاً في هذه الاهتمامات والهموم، والتخفيف من حدتها، بهدف الوصول بهم إلى حالة من التوافق السليم مع الذات والآخرين.

وفي الغالب الأعم، ترمي البرامج الإرشادية إلى تحقيق أهداف معينة لدى الأفراد المحتاجين إلى المساعدة، وكل خطوة من خطوات البرنامج تمهد للخطوة التي تليها، بحيث تصبح استراتيجية التدخل مع المسترشد مترابطة ومتناسقة وشاملة، وتؤدي في النهاية إلى تعديل سلوك أو أفكار أو مشاعر المسترشد من حالة اللاسواء إلى حالة السواء والتوافق النفسي والاجتماعي.

وتحدث "فيلبس" Phillibs في نظريته "العلاج المبني على التدخل " أن عملية الإرشاد النفسي تسعى إلى تغيير السلوك بأساليب نفسية وإحداث تغييرات في استجابات الفرد سواء من حيث درجة قوتها أو من حيث اتجاهها، وذلك باستخدام الفنيات الإرشادية (باترسون : 1981، 41).

ويشير الباحثون في مجال الإرشاد إلى تحديد مفهوم البرنامج الإرشادي أو استراتيجية التدخل الذي يقوم المرشد النفسي بإعدادها، وذلك لتقديم العون والدعم للأفراد الذين يعانون من صعوبات ومشكلات تعوق توافقهم النفسي والاجتماعي، وذلك من خلال طرح مجموعة من التساؤلات أو الاستفسارات التي يتعين الإجابة في نجاح البرنامج الإرشادي في تحقيق أهدافه. وأهم هذه التساؤلات: لمن، لماذا، ماذا، كيف، متى، وأين؟

أ- إن الإجابة على التساؤل "لمن" تفيد في التحديد الدقيق للفئة أو الأفراد المستفيدون من البرنامج الإرشادي (صغار في السن أم كبار في السن).

ب - أما الإجابة عن التساؤل الخاص "لماذا" فيتضمن بعدين أساسيين: البعد الأول فلسفي ويستند إليه البرنامج، ويتمثل البعد الثاني في تحديد الأهداف الإجرائية السلوكية بالبرنامج بشكل محدد في المجالات المعرفية والعقلية والوجدانية والسلوكية والاجتماعية والنفس حركية وغيرها من المجالات التي يسعى البرنامج إحداث تعديل فيها.

ج - أما "ماذا " فتفيد الإجابة عنها في تحديد الممارسات والأنشطة والفعاليات التربوية النفسية والترويحية التي يمكن أن تقدم للمستفيدين من البرنامج بهدف تحقيق الهداف المرجوة من البرنامج - والإجابة عن السؤال "كيف" تتضمن كيفية قيام المرشد بتنفيذ البرنامج الإرشادي للمستفيدين منه، والأساليب والاستراتيجيات التي يستخدمها في التدخل الإرشادي معهم.

د - أما الإجابة عن التساؤل "متى" فتوضح الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج، والوقت المخصص لتنفيذه، وعدد جلسات البرنامج بدءاً من الجلسة الأولى وانتهاءً بالجلسة النهائية، والوقت المخصص لكل جلسة، والفترة الزمنية الفاصلة بين جلسة وأخرى.

هـ - و"أين" تفيد في المكان الذي سوف يتم تطبيق البرنامج الإرشادي، هل هو في مركز الإرشاد الطلابي، أم في البيئة المدرسية، أم في المستشفى. وهنا تتضح أهمية العمل الإرشادي باعتباره مصدرا أساسيا لمساعدة الآخرين في حل مشكلاتهم والتعرف إلى قدراتهم والاستفادة منها إلى أقصى حد، ولكن جُلّ تقديم هذه المساعدة لتحقيق فوائدها المتوخاة يتم بوجود برامج

إرشادية منظمة ومخطط لها بشكل سليم، ومتوفرة في جميع مراكز الخدمات النفسية المختلفة كمراكز الخدمات في المشافي العقلية والجمعيات النفسية والمؤسسات التربوية.

لذلك، فإن القائم ببناء أو تصميم أي برنامج إرشادي مهما كانت غايته: نمائية، وقائية، علاجية، أن يأخذ باعتباره المفاهيم العامة التي يبنى عليها البرنامج والمتمثلة في: رسالة البرنامج، وفلسفته، والمبادئ العامة الموجهة للبرنامج.

أولاً - الرسالة:

والرسالة هي المنطلق والقاعدة والأساس لكل عمل يأتي بعد ذلك، لذلك فمن واجب القائم بإعداد البرنامج أن يوضح طبيعة البرنامج، وأهدافه، والأرضية التي ينطلق منها لتقديم الخدمات الإرشادية للأفراد المحتاجين إليها. وبشكل عام، يجب أن تحمل تلك الرسالة في أي برنامج إرشادي المضامين التالية:

أ- أن تكون الرسالة محددة ودقيقة وواضحة لا لبس فيها ولا غموض.

ب - تحدد إطار العمل لتقديم الخدمات للمسترشدين.

ج - تزود بالرؤيا وتوجه البرنامج نحو تحقيق أهدافه.

د - إن الغاية النهائية لرسالة البرنامج هي تقديم المساعدة الفاعلة للمسترشدين وإكسابهم الكفايات اللازمة النمو الشخصي والاجتماعي والأكاديمي.

ثانياً - الفلسفة:

يقوم أي برنامج إرشادي لتقدم الخدمات الإرشادية للأفراد المحتاجين إلى الرعاية والاهتمام على مجموعة من المسلمات والطرائق والرؤى التي يتحدد في ضوئها الإطار المرجعي للبرنامج الإرشادي أو العلاجي. ومعرفة المرشد بهذه الأسس أثناء تصميمه البرنامج دليل على امتلاك رؤية واضحة حول الطرائق والأساليب التي يسلكها البرنامج لتحقيق أهدافه، إضافة إلى ذلك فلكل برنامج فلسفة، ولكل مجتمع فلسفة، ولكل مرشد فلسفة حول طبيعة الإنسان وقيمه، وتمثل هذه الفلسفات الأطر الفكرية العامة التي توجه العملية الإرشادية بعناصرها المختلفة، وتحدد مساراتها وأهدافها العامة. ويمكن توضيح فلسفة البرنامج في الآتي:

- تقدم أساساً للبرنامج ومنطلقاً له في تحديد أهدافه (كالاهتمام بالإنسان ككل، وأن المسترشد خير بطبيعته، ومن حقه أن تقدم له الخدمة، وأن البرنامج قد يساعده على التحسن والنمو والنضج النفسي والاجتماعي والمعرفي والسلوكي).

• تحديد رسالة البرنامج والغاية التي ينشدها.

• إن الفلسفة التي ينشدها البرنامج هي جزء مكمل للعملية التربوية والنفسية والاجتماعية.

• تهتم فلسفة البرنامج بالنمو النفسي والاجتماعي لكل المسترشدين في مراحلهم العمرية المختلفة.

ثالثاً ـ المبادئ الموجهة:

وتتمثل في الآتي:

1ـ المساهمة في الخدمات التي يقوم عليها البرنامج لمساعدة المسترشد في التخلص من المشكلة التي يعاني منها.

2ـ تحديد وتوجيه وبناء البرنامج الإرشادي.

3ـ تكاملية البرنامج وشموليه لكل العناصر والفعاليات التمهيدية والتطبيقية، فهو على سبيل المثال يرتبط بـ:

أ ـ بالبرنامج التعليمي ككل.

ب ـ يتضمن أنشطة مبنية حسب احتياجات الطلاب النفسية والأكاديمية والاجتماعية.

ج ـ يحتوي على نتائج الطلاب تحصيلياً واجتماعياً ونفسياً من خلال الاستمارات والمقاييس التي تم استخدامها في ذلك.

د ـ يقدم خدمات نمائية ووقائية وعلاجية.

هـ يعد جزءً مكملاً للخبرة التعليمية الكلية للطلاب في المدرسة أو الجامعة.

ح ـ يُعد شريكاً فاعلاً في العملية التعليمية.

ط ـ يستند إلى المعايير وكفايات الطلاب في المدرسة.

ك ـ يلبي جميع احتياجات الطلاب الأكاديمية والاجتماعية والنفسية.

ل ـ يعتمد على دعم وتعاون أعضاء الهيئة التدريسية في المدرسة أو في الجامعة.

م ـ يتضمن عناصر منهجية، تحدد بشكل واضح المعارف والاتجاهات والمهارات التي ينبغي للطلاب اكتسابها.

ن ـ يُقوّم باستمرار في ضوء عناصره ومعاييره.

ويبدو أن هذه المفاهيم تعد شرطاً ضرورياً للمرشد أو المعالج النفسي الذي يتطلع إلى تقديم خدمات إرشادية للمسترشدين المحتاجين إليها، لأن تلك المفاهيم تساعده على تقديم تلك المساعدة، وتقويمها في ضوء الأهداف التي يسعى البرنامج لتحقيقها.

تعريف بالبرامج الإرشادية:

يتضمن الحديث عن تعريف برامج الإرشاد والعلاج النفسي مجموعة من المقومات الأساسية، يمكن إجمالها في الآتي:

- نمائي في طبيعته، ومنظم ومتتابع ومُعرَّف بوضوح ويمكن تفسيره.
- أساسه علم النفس النمائي وفلسفة تربوية ومنهجية إرشادية.
- مكّمل للبرنامج الأخرى: التعليمية والاجتماعية والصحية.
- يساعد المسترشدين على اكتساب مهارات الحياة واستخدامها في النمو الأكاديمي والمهني، والوعي الذاتي، وفي نمو المهارات التواصلية والاجتماعية.
- يزود المسترشدين بمهارات النجاح في حياتهم اليومية.

وقد ردت في كتب الإرشاد والعلاج النفسي العديد من التعريفات التي تناولت عملية التدخل الإرشادي (البرنامج) التي يقوم بها المرشد النفسي مع الفرد الذي يعاني من مشكلة ما بغية تخليصه من الآثار السلبية لها، والعيش بانسجام مع نفسه والآخرين. ومن تلك التعريفات مايلي:

ويعرف "زهران" (1994) البرنامج الإرشادي: بأنه " برنامج علمي مخطط ومنظم لتقديم مجموعة من الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فردياً أو جماعياً للمسترشدين داخل الأسرة وخارجها (أولياء أمور التلاميذ) بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي، وتحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي والتربوي والاجتماعي بشكل سليم، بحيث يقوم بإعداده وتخطيطه وتنفيذه فريق من المختصين في العمل الإرشادي (المرشد النفسي، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، مدير المدرسة، المعلم المرشد، أولياء الأمور).

بينما يعرف "الزعبي" (2007، 305) برنامج التوجيه والإرشاد النفسي بأنه: " برنامج علمي مخطط ومنظم لتقديم مجموعة من الخدمات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة، فردياً أو

جماعياً للمسترشدين داخل الأسرة وخارجها، بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي، وتحقيق الصحة النفسية والتوافق النفسي والتربوي والاجتماعي بشكل سليم.

أما الزهيري (2007: 297) فيعرف البرنامج الإرشادي بأنه عبارة عن مجموعة منظمة ومرتبطة ببعضها البعض من موارد وأفراد ومواد أولية، وتسهيلات وعمليات، وضعت لتساعد مجموعة من الأفراد أو فرد ما في الحصول على حاجة معينة في التوجيه أو الإرشاد أو العلاج.

ويعرِّف "ريبير" (Reber،1985) البرنامج بأنه خطة مصممة لبحث أي موضوع يخص الفرد أو المجتمع شريطة أن تكون هادفة لأداء بعض العمليات المحددة.

وتُعرِّفه "سعدية بهادر" (33: 1987) بأنه"تكنيك دقيق ومحدد يتبعه المرشد في تهيئة الموقف الإرشادي وإعداده بمكان مجهز بأجهزة سمعية وبصرية، ضمن مدة زمنية محددة وفقاً لتخطيط وتصميم هادف محدد يظهر فيه التكافل المنشود، ويعود على الفرد بالنمو المرغوب فيه نفسياً أو اجتماعياً أو أكاديمياً".

أما "عزة حسين" (1989) فترى أن البرنامج الإرشادي خطة تتضمن عدة أنشطة تهدف إلى مساعدة الفرد على الاستبصار بسلوكه والوعي بمشكلته، وتدريبه على حلها، وعلى اتخاذ القرارات اللازمة بشأنها، إلى جانب سعيه نحو توظيف طاقات الفرد وتنمية قدراته ومهاراته.

ويعرف حسين (2004: 283) برنامج الإرشاد النفسي"بأنه مجموعة من الخطوات المحددة والمنظمة تستند في أساسها على نظريات وفنيات ومبادئ الإرشاد النفسي، وتتضمن مجموعة من المعلومات والخبرات والأنشطة المختلفة التي تقدم للأفراد خلال فترة زمنية محددة، بهدف مساعدتهم في تعديل سلوكياتهم وإكسابهم سلوكيات ومهارات جديدة تؤدي بهم إلى تحقيق التوافق النفسي وتساعدهم على التغلب على مشكلاتهم اليومية".

ويلاحظ من التعريفات السابقة أن البرنامج الإرشادي أو العلاجي يركز على مجموعة من النقاط المشتركة، والتي من أهمها مايلي:

1ـ إنه برنامج علمي: أي يستند إلى منهجية علمية ونظرية نفسية في إعداده وتنفيذه، ومن دون أن يأخذ الرؤى الذاتية والخبرة غير المبنية على أسس معرفية ومنهجية.

2ـ التخطيط: يبدأ التخطيط للبرنامج غالباً منذ اللحظة الأولى لبناء البرنامج الإرشادي للمسترشد الذي يعاني من مشكلة ما، ويسعى البرنامج وفق خطواته الرئيسة (تحديد المشكلة، وتعريفها إجرائياً، وتشخيصها، وضع أهدافاً تتوافق مع طبيعة المشكلة، وتنفيذ

البرنـامج، وتقويمه) إلى تحقيق التوافق لدى المسترشد، وذلك بإزالة المشكلات التي تـ
طريق التوافق والصحة النفسية.

3ـ التنظيم والتنسيق: بحيث يؤدي في النهاية إلى إحداث التغيير المطلوب لدى المستـ

4ـ يقوم بإعداده وتنفيذه فريق عمل متكامل: يتكون من الخبراء والمختصين الذين خبرة وكفاءة في مجال تقديم الخدمات النفسية للأفراد المحتاجين إلى المساعدة.

5ـ يقدم للمسترشدين بأساليب إرشادية متنوعة: قد تكون مباشرة، وقد تكـ مباشرة. وقد تكون في حالات فردية، وتكون في حالات أخرى جماعية. وهذا التقديم يـ أحيان كثيرة مع الفلسفة والمدرسة النفسية التي يتبناها المرشد النفسي في عملية ا (تحليلية، معرفية، سلوكية، إنسانية).

6ـ يستخدم لتنفيذ البرنامج استراتيجيات أو فنيات متعددة: وذلك لتحقيق الهـ البرنـامج، كفنية التعزيز الإيجابي، أو العزيز السلبي، أو التحصين التدريجي، أو الإ التنفير...إلخ.

7ـ تحديد مكان والمدة الزمنية لتنفيذ البرنامج: كالمدرسة، أو في المنزل، أو في الإرشاد، أوفي مستشفى الأمراض العقلية، أو في العيادة الخاصة...إلخ

8 ـ قد يشارك فيه بعض أفراد الأسرة أو بعض أفراد المجتمع: فقد يشترك الـ وخصوصاً الأم في الإعداد والتنفيذ لبرنامج إرشادي لطفلهما الذي يعاني من التبول الـ أو مشاركة المعلم في البرنامج الإرشادي لطفل متأخر دراسياً، وذلك لتنمية قدراته والتدريبية.

ويلاحظ من التعريفات السابقة أن البرنامج الإرشادي: عبارة عن مجموعة ا الاستراتيجيات الإرشادية المباشرة وغير المباشرة المخططة والمنظمة على أسس علمية تقدّم بطريقة بنّاءة من قبل مختصين في مجال الإرشاد النفسي للأفراد (المسترشدين يعانون من مشكلات أكاديمية أو نفسية أو اجتماعية في مكان وزمان محدد، بهدف مسـ في التعرف على مشكلاتهم وحاجاتهم، وتنمية إمكاناتهم وقدراتهم إزاء ما يواجـ صعوبات أو مشكلات، ومساعدتهم أيضاً على اتخاذ القرارات السليمة في حياتهم، وتحقيـ السوي والتوافق النفسي لهم في أثناء تفاعلهم مع مواقف الحياة الضاغطة بشكل بناء.

فوائد وأهمية البرامج الإرشادية:

إن أي عمل ناجح من الأعمال يجب أن يكون مخططاً ومدروساً دراسة جيدة، من حيث الغاية والوسائل والنتائج التي نحصل عليها من جراء ذلك. وفي العمل الإرشادي يكون التخطيط في التدخل الإرشادي لمساعدة الآخرين في حلّ مشكلاتهم النفسية والاجتماعية هدفاً يسعى إليه كل من يعمل في تصميم البرامج الإرشادية، لأن هذا يساعده في وضع الخطة الإرشادية وفق خطوات مدروسة، من حيث تكامل أهدافه مع أهداف العملية الإرشادية والمجتمع الذي يطبق فيه، وكذلك حاجات المشاركين فيه والأدوات والوسائل المساعدة، وتوفر المختصين القادرين على تنفيذه، والشروط اللازمة لذلك، وتحديد مسؤولياتهم في إنجاحه أو في فشله. لذلك، يقدّم علم النفس الإرشادي خدماته لكل المؤسسات التي تعنى بالإنسان، مثل: وحدات الإرشاد النفسي بالمدارس في مراحلها المختلفة، ومراكز الإرشاد النفسي في الجامعات والمؤسسات المهنية والصناعية والمستشفيات ومراكز الرعاية الخاصة بالأطفال أو كبار السن، وفي عيادات الممارسة الخاصة وغير ذلك من المؤسسات.

ويمكن إجمال تلك الأهمية التي يجنيها المتخصص في مجال تصميم وبناء البرامج الإرشادية في الآتي:

1- إن تخطيط البرامج الإرشادية يُعد الدليل الموجه لكل من المرشد والمسترشد. وينبغي على الطرفين أن يتفقا على الخطة الإرشادية قبل تنفيذها، وذلك من خلال العقد الإرشادي المكتوب، لأن هناك العديد من المشكلات التي تظهر لدى كل من المرشد والمسترشد عند تنفيذ الخطة الإرشادية. لذلك تعدُّ الخطة الإرشادية المدروسة والمتفق عليها سلفاً وثيقة متطورة ومتجددة بل ينبغي تحديثها وتطويرها باستمرار، وذلك في ضوء المستجدات التي تحدث في أثناء تطبيق البرنامج، مثل المتغيرات الاجتماعية والبيئية التي طرأت على المشكلة، وتحديدها من حيث الشدة أو الخفض.

2- تعدُّ الخطة الإرشادية مهمة في التعرف على مدى ما تحقق من الأهداف المرحلية (الأهداف المتعلقة بالعملية) المتفق عليها، وكذلك الأهداف النهائية للخطة (الأهداف المتعلقة بالنتيجة).

3- تعدُّ الخطة مفيدة للمرشد وللمسترشد وذلك لتبيان جدواها بعد الانتهاء من تطبيقها، ومعرفة الأثر الذي أحدثته في المسترشد سلوكياً وانفعالياً ونفسياً.

4. تساعد الخطة المرشدين على تحليل التدخلات الإرشادية ونقدها حتى تتناسب مع تحقيق أهداف المسترشد المرحلية على أفضل صورة.

5ـ يستفيد المرشدون من تدوين خطة الإرشاد بوضوح لما توفره من حماية قانونية وشخصية لهم لتوقع قيام بعض المسترشدين بمقاضاتهم في المستقبل، نتيجة لأخطاء ارتكبوها بحقهم على المستوى الشخصي أو الاجتماعي أو النفسي نتيجة لتدخل إرشادي خاطئ قام بها المرشد.

6. تسهل الخطة الإرشادية المعدة بإتقان توضيح مشكلات المسترشد وأساليب التدخل الإرشادي التي يقوم المرشد بتنفيذها خلال الجلسات الإرشادية.

7. مناقشة الحالة مع فريق العمل الإرشادي الذي يضم في الغالب الطبيب والمرشد النفسي والأخصائي الاجتماعي، ويساعد في نهاية الأمر على معرفة التغيرات التي حدثت لدى المسترشد نتيجة للخطة، وأساليب العلاج المتبعة، وشخصية المرشد المسؤول عن تطبيق الخطة.

8ـ إضافة إلى ما سبق فإن فوائد التخطيط للبرامج الإرشادية تكمن في أهمية حل المشكلات أولاً بأول حتى لا تتفاقم وتزداد حدتها وتتطور عندما لا تجد الحلول المناسبة في الوقت المناسب. لذلك فالبرامج الإرشادية تبنت في مناهجها طرائق عدة لمواجهة مثل تلك المشكلات الطارئة؛ كالمنهج الوقائي والعلاجي، والتي سنتحدث عنها بالتفصيل في فصل لاحق.

يتضح مما سبق، أن أهمية البرامج الإرشادية تكمن في تيسير السلوك الفعّال للإنسان خلال عمليات نموه على امتداد حياته كلها. والسلوك الفعال هو السلوك الإيجابي الذي يحقق الأهداف البناءة للإنسان والتي تعمل على تقدمه وتحقيق الفائدة له ولمجتمعه. ولا تقتصر الخدمات التي يقدمها المرشد على فرد ما، بل تشمل على الخدمات الجماعية التي يقدمها المرشد لمجموعة من الأفراد يعانون من المشكلة نفسها. كذلك لا تقتصر الخدمات على الإرشاد بل تشمل تقديم المعلومات، وتعليم المهارات، وزيادة الوعي لدى الفرد.

أهداف البرامج الإرشادية:

يرى الباحثون في مجال الصحة النفسية والإرشاد النفسي أن ثمة مجموعة من الأهداف تسعى البرامج الإرشادية إلى تحقيقها، وهذه الأهداف تتباين بتباين المشكلات التي يعاني منها الأفراد في مراحلهم العمرية المختلفة (أطفال، مراهقين، رجال، كبار السن)، وديمومتها، وشدتها وخطورتها على الصحة النفسية للفرد أو الجماعة.

فأهداف البرامج الإرشادية التي تقدم خدمات تربوية غير أهداف البرامج التي تقدم خدمات مهنية. كما أن أهداف البرامج الإرشادية التي تقدم لأشخاص يعانون من مشكلات بسيطة في التوافق النفسي أو الاجتماعي أو الانفعالي هي غير أهداف البرامج التي تقدم لأشخاص يعانون من مشكلات حادة وشديدة الخطورة. كذلك البرامج التي تقدم للأطفال غير البرامج التي تقدم للكبار من حيث الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، وهي كذلك غير البرامج التي تقدم لذوي الاحتياجات الخاصة.

هذا، وتتضمن الأهداف الإرشادية لمدرسة التحليل النفسي على سبيل المثال مايلي:

1- تحرير الرغبات غير السوية لدى المسترشد وتحليلها وتفسيرها.

2- تقوية أداء الأنا القائم على الواقع.

3- تبديل محتويات الأنا الأعلى بحيث يمثل معايير خلقية بدلاً من المعايير العقابية.

بينما تتجلى أهداف البرامج الإرشادية القائمة على نظرية العلاج المتمركز حول المسترشد في مساعدته على النمو النفسي السوي من خلال إحداث التطابق بين الذات الواقعية له وبين مفهومه عن ذاته المُدرَكة ومفهوم الآخرين عنه، كذلك مساعدته على الوصول إلى درجة من الكفاءة في أداء وظائفه النفسية والاجتماعية والمهنية، وعلى التحرك قدماً بطريقة إيجابية ومثمره، يستطيع المسترشد من خلالها أن يُعيد استثمار مصادره وكفاءاته وقدراته، وهذا معناه تحقيق التوازن النفسي.

أما أهداف البرامج القائمة على الإرشاد المتعدد الأوجه فيمكن إجمالها في الآتي:

1. إنقاص المعاناة النفسية وتحسين النمو الشخصي بالسرعة الممكنة.

2. تغيير السلوك السلبي إلى سلوك إيجابي.

3. تغيير المشاعر السلبية إلى مشاعر إيجابية.

4. تغيير الصورة العقلية السلبية للذات إلى صورة إيجابية.
5. تغيير الأحاسيس السلبية إلى أخرى إيجابية.
6. تغيير الجوانب المعرفية غير المنطقية إلى جوانب منطقية وتصحيح الأفكار الخاطئة.
7ـ إكساب المسترشد المهارة في تكوين علاقات اجتماعية طيبة (لازاروس: 2002، 19).

ويرى "سالتر"Salter (في باترسون 1981: 23) أن الصحة النفسية والعقلية الجيدة تتصف بالتلقائية والانطلاق والمرونة والتعبير الصريح عن الآراء والمعتقدات والمشاعر، وأن هدف العلاج هو تغيير الشخصية التي تعاني من الكف وردها إلى شخصية فاعلة ومنطلقة ذات كفاءة، ليس عن طريق اكتساب ضبط انفعالي جديد عن طريق العقل، ولكن بتحريرها من الكف، لتحقيق لون من الضبط الإيجابي المشبع للفرد.

وعلى العموم، تسعى البرامج الإرشادية والعلاجية إلى تحقيق الأهداف التالية:

أ- معرفة الذات: تهدف البرامج الإرشادية إلى مساعدة المسترشد في فهم نفسه، وإدراكها بموضوعية ومن دون تحيز، وذلك لمواجهة نقاط الضعف في الذات بشجاعة وحملها على التغير الإيجابي.

ب - **تحقيق الصحة النفسية:** ويعني ذلك تصالح المسترشد بين ذاته وخبراته بطريقة ينتج عنها الشعور بالرضا والسعادة في تفاعله مع البيئة المحيطة به في ضوء شخصية متكاملة ومتسقة.

ج - **تحقيق التوافق الشخصي والنفسي والاجتماعي والأكاديمي والمهني:** فجميع برامج الإرشاد النفسي تسعى إلى تحقيق هدف ما لدى المسترشد، فبعضها يركز على الجانب الشخصي عند المسترشدين الذين يعانون من مشكلة في التواصل والتفاعل الاجتماعي الجيد، وبعضها يسعى إلى تحقيق التوافق بين المسترشد ومهنته، وآخر يتناول نقاط الضعف في الجانب الأكاديمي ويسعى من خلال البرنامج إلى تنميتها بطريقة إيجابية وفعالة...إلخ.

وعندما نتحدث عن التوافق لدى الشخص المسلم، فإن هذا الأمر يحتاج إلى محك يمكن الاعتماد عليه لمعرفة فيما إذا كان شخص هو في حالة توافق أو لا توافق؛ فقد اقترح كفافي (2005: 88) ما أسماه محك التوازن أو المحك الإسلامي للسلوك السوي. وأهم جوانب هذا المحك، التوازن:-

1- بين الجماعية والفردية.

2- بين الروحية والمادية.

3- بين العبادة والعمل.

4- الجمع بين التطوع والالتزام.

5- يتحدد بالوازع الداخلي والوازع الخارجي.

6- يجمع بين التواضع والعزة.

7- بين الحرية والمسؤولية.

8- التوازن بين الثبات والتغير.

9. الجمع بين المثالية والواقعية.

10. التوافق بين الفكر والمشاعر والعمل.

د ـ تحقيق الذات (**Self-Actualization**): يُعد تحقيق الذات لدى المسترشد هدفاً أسمى يسعى المرشد النفسي لتحقيقه، وقلّما يصل إليه؛ لأنَّ لدى الفرد السوي مجموعة من الدوافع والحاجات الملحة التي يريد أن يشبعها في حياته اليومية ولا يستطيع إشباعها لأسباب كثيرة، منها يتعلق بقوة الموقف المحبط، وبظروف الفرد الاجتماعية والثقافية، ومنها ما يتعلق بقضايا ذاتية (شخصية). فإذا كان هذا الأمر بالنسبة للأشخاص العاديين، فكيف يكون الأمر بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من مشكلات نفسية شديدة. لذلك فإن تحقيق الذات يعني تحقيق الفرد أقصى درجة ممكنة تسمح بها قدراته وإمكاناته وليس بطريقة التحقيق الكل أو لا شيء.

ومن بين الأهداف التي يسعى البرنامج الإرشادي إلى تحقيقها أيضاً:

- إزالة العوامل والأسباب التي أدت إلى المرض.
- علاج الأعراض المرضية التي يشكو منها المسترشد.
- حل المشكلات ومواجهتها وتحويلها من مشكلات مسيطرة على الفرد إلى مشكلات مسيطر عليها.
- تعديل السلوك غير السوي، وتعلّم السلوك السوي الناضج.
- تعديل الدوافع التي تكمن وراء السلوك غير السوي.
- التخلص من المشكلات السلوكية، وزيادة البصيرة بها، وتعليم أساليب مواجهتها مستقبلاً.

- التخلص من نواحي الضعف والعجز وتعزيز نواحي القوة وتدعيمها والتعرف إلى القدرات وتنميتها.

- تحقيق تقبل الذات وتقبل الآخرين، وإقامة علاقات اجتماعية سليمة.
- تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.
- تعلم أساليب أكثر فاعلية لمواجهة البيئة بمطالبها المتعددة، بصورة واقعية.
- زيادة القدرة على حل الصراع النفسي والتغلب على الإحباط والتوتر والقلق.
- زيادة تحمل المسؤولية الشخصية لدى المسترشد وتقبلها.
- تحويل الخبرات المؤلمة إلى خبرات معلِّمة.
- تغيير مفهوم الذات السالب إلى مفهوم ذات إيجابي، وذلك بالقضاء على عدم التطابق بين مستويات مفهوم الذات المختلفة، وتنمية مفهوم الذات الموجب وتحقيق التطابق بين مستويات مفهوم الذات المختلفة.
- القدرة على اتخاذ قرارات مهمة في الحياة المسترشد.
- تحقيق النمو السوي للمسترشد في مراحل حياته المختلفة.
- العمل على إتمام العلاج الناجح والحيلولة دون حدوث انتكاسة.

أما أهداف البرامج الإرشادي في المجال الأكاديمي للطلاب الجامعيين المستجدين فيمكن حصرها في الآتي:

1. تنمية التوافق الدراسي لدى الطالب المستجد إلى أعلى درجة ممكنة في السنة التحضيرية.
2. مساعدة الطالب على تخطي مشكلاته الدراسية والشخصية.
3. تحفيز الطالب لتقديم أفضل ما عنده من قدرات ومواهب وبأعلى جودة والاستفادة من بيئة التعلم الالكتروني.
4. زيادة وعي الطالب بأهمية استخدام موارد وتجهيزات السنة التحضيرية.
5. إيجاد صلاحية إضافة إلى صلاحية رئيس القسم والمنسق الأكاديمي لحل مشكلات الطلاب بناءً على دراسة وتوصيات المرشد الطلابي.
6. تعريف الطالب بالبيئة الجامعية الجديدة، وما يتعلق بها من جو اجتماعي وأكاديمي ونشاطات جامعية وتقديم كافة المعلومات المتعلقة بالقوانين والأنظمة الجامعية وواجباتها ومسؤولياتها تجاه الجامعة.

7ـ مساعدة الطالب على اكتشاف رغباته وميوله والعمل على تطوير قدراته وإمكاناته وميوله العلمية من أجل تحقيق أهدافه.

8 ـ تهيئة الفرصة للاحتكاك بأعضاء الهيئة التدريسية في الجامعة عموماً وفي كليته على وجه الخصوص، وذلك من خلال النشاطات واللقاءات الجامعية بينهما، بهدف إتاحة الفرصة للطالب لمزيد من النمو الاجتماعي والمشاركة الفاعلة في كل ما تسعى إليه الجامعة لتحقيقه لصالح الطلاب.

9ـ المتابعة المستمرة للطالب في أثناء دراسته، والحرص على تقدم الطالب وتفوقه في دراسته.

10ـ حماية الطالب من التعرض للمشكلات الناجمة عن: الأخطاء في تسجيل المقررات، وعملية التأجيل والاعتذار، وإعادة القيد بعد الانقطاع عن الجامعة، والتحويل إلى جامعة أخرى.

11ـ حماية الطالب ووقايته من الظروف البيئية غير المواتية للنجاح في الدراسة الجامعية.

12ـ تقديم المعلومات عن إمكانيات الدراسة ومحتواها وبنائها ومتطلباتها للمبتدئين في الجامعة ومتابعة دراستهم.

13ـ الإشراف على الطلاب الذين لديهم صعوبات شخصية في مسيرة الدراسة.

14ـ تقديم المساعدة الفردية للطلاب المقصرين دراسياً.

15ـ مساعدة الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة.

لذلك، فإن أهداف البرامج الإرشادية بشكل عام تتجلى في سهيل النمو، ومساعدة الأفراد على حل مشكلاتهم الشخصية والانفعالية والاجتماعية أو الأكاديمية بفاعلية عالية، ومساعدتهم كذلك على اتخاذ القرارات المناسبة لهم، وتعديل مفهوم الذات لديهم من المفهوم السلبي إلى الإيجابي، وتعديل الانفعالات السلبية، وتغيير نواحي النشاط العقلي المعرفي السلبي، مثل: معتقداتهم وأفكارهم واتجاهاتهم نحو أنفسهم ونحو الآخرين، وقدرتهم على التوافق النفسي والاجتماعي المطلوب.

طبيعة البرامج الإرشادية وأسسها:

إن برامج الإرشاد النفسي هي إحدى الوسائل التي تقدم بوساطتها خدمات الإرشاد للأفراد المحتاجين إليها. لذلك فهي على وجه العموم خطة منظمة مصممة بدقة فائقة في ضوء

أسس من نظريات علمية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي لتقديم الخدمات النفسية: نمائياً ووقائياً وعلاجياً.

وترى "هلين برلمان" (Perlman، 1957) (في هنري وماير، 1992) أن طبيعة هذه البرامج الإرشادية إجرائية بشكل منهجي، وترتكز على أساس علمي. وهذا الإجراء المنهجي للتدخل الإرشادي يقوم على افتراضين أساسيين:

- أولهما: هو أن السلوك السوي والشاذ للفرد يمكن فهمه والتنبؤ به.

- وثانيهما: أن السلوك يمكن ضبطه والتحكم فيه إذا توافرت شروط المساعدة المناسبة، والوسائل والأنشطة النفسية المعينة على ذلك، والتي يقوم المرشد النفسي عامداً بإدخالها في خبرة الفرد بوصفها وسائل ذات تركيب محدد لمنع السلوك المضطرب أو علاجه إذا استدعى الأمر ذلك.

والسؤال الذي يطرح نفسه هنا، ما طبيعة السلوك الذي يكون موضوع البرنامج الإرشادي الذي يتجه إليه التدخل الإرشادي؟ ويجيب عن هذا السؤال "بلوكر" (Biocher، 1987) بالقول: إن السلوك الذي تتصدى له البرامج الإرشادية يتضمن الأدوار والعلاقات الاجتماعية القائمة بين الفرد والآخرين، ومهام النمو، وأساليب التوافق، حيث يبرز مفهوم الدور باعتباره أساساً مهماً لدراسة السلوك والتحكم فيه؛ فالفرد في أية لحظة من لحظات حياته إنما يقوم بدور ما سواء أكان واعياً بذلك أم غير واع (سليمان: 2000، 34).

من هنا، فطبيعة البرامج الإرشادية هي - في الغالب - ذات طبيعة علمية ومنظمة، تتسم بالدقة والشمولية والموضوعية، ولها مرجعية علمية (من نظريات علم النفس والإرشاد النفسي وعلم النفس المرضي وعلم نفس السلوك) يمكن الاستناد إليها في فهم المبادئ والقوانين التي تحكم السلوك السوي أو الشاذ، وكذلك التنبؤ بالسلوك وضبطه وتوجيهه التوجيه اللازم حسب مقتضيات الحالة التي يعاني منها المسترشد سواء أكانت نمائية أم وقائية أو علاجية، وذلك للوصول إلى التوافق المطلوب.

الركائز الأساسية في بناء البرنامج:

إن من أهم الركائز التي يستند إليها البرنامج الإرشادي النفسي على وجه العموم من أجل نجاحه وتحقيق الفائدة المرجوة منه لدى الأفراد المحتاجين إليه مايلي:

أولاً - الركيزة النفسية: وتشمل:-

- الاهتمام بشخصية المسترشد ككل، دون التركيز على جانب معين أو محدد في شخصيته أو في قدراته العقلية، أو في سماته الانفعالية أو الاجتماعية.

- الاهتمام باكتشاف الفروق الفردية بين المسترشدين، وفي ضوئها يتم تصنيفهم ووضعهم في المواقف الملائمة لقدراتهم وإمكانياتهم في الموقف التجريبي واحتياجاتهم لنوعية الدعم الذي يطلبونه.

- الاهتمام بقياس مستوى النضج، وما يواكبه من عوامل تساعد المسترشدين على تعلم الخبرات بسهولة ومرونة وفهم.

ثانياً - الركيزة التربوية:

إن أهم العناصر التربوية التي تراعى تنفيذ البرنامج الإرشادي في المؤسسة التربوية مايلي:

- أن يكون هدف البرنامج الإرشادي متماشياً مع الفلسفة العامة للمؤسسة التربوية التي يطبق فيها، بمعنى آخر، ألاّ يخرج البرنامج عن الإطار التربوي العام الذي تدعمه المؤسسة التربوية أو المؤسسة الصحية.

- أن يكون البرنامج الإرشادي جزءاً لا يتجزأ من العملية التربوية والتعليمية ومكملاً لها، ومدعماً للمفاهيم التربوية التي تحتوي عليها.

- الاهتمام بدور المرشد تربوياً، وتدعيم تصرفاته وتفاعله في رسم الخطط والعمل على تنفيذ البرنامج.

- اعتبار جميع الأفراد (المسترشدين) المشتركين في البرنامج على درجة من السواء، تمكنهم من الاستمرار في تلقي البرنامج، وما يتضمنه من خبرات ومهارات.

- الاعتماد على المواقف كمحكّات رئيسية لدراسة المشكلات.

- التكامل والتفاعل في إعداد وتنفيذ البرنامج الإرشادي بين جميع العاملين في المؤسسة التربوية وأولياء الأمور، وجميع المؤسسات والهيئات المعنية.

ثالثاً - الركيزة الإدارية:

يعتمد البرنامج الإرشادي في نجاحه على مجموعة من الأسس الإدارية التي تحقق العوامل الآتية:

1- تهيئة المناخ الإداري السليم المعتمد على الإمكانيات المخططة بشكل دقيق وفق إدارة سليمة، تعمل على متابعة وتنفيذ البرامج بكل ما يتطلبه من مكان وأدوات، ووسائل ووقت، بهدف تيسير العمل في البرنامج ومساعدة أفراده على الاستفادة منه، وتوظيف الخبرات في جو يحقق لهم التهيئة السليمة لتقبل الخبرات.

2- اختيار فريق العمل الذي سوف يقوم بإدارة تنفيذ البرنامج الإرشادي، بحيث يتميزون بكل الصلاحيات النفسية والانفعالية والخبرات التي من شأنها أن تساعدهم على إدارة البرنامج.

3- المتابعة الواعية التي تعمل على مدى فاعلية البرنامج الإرشادي، وكيفية تحقيق البرنامج دوره، وإلى أي حد يمكن أن يحقق الهدف المنشود.

إضافة إلى ما سبق، فإن ثمة مجموعة من القضايا الأساسية التي يجب على القائم بعملية تصميم برنامج إرشادي أو علاجي أن يراعيها عند التفكير ببناء برنامج إرشادي لمجموعة من الأفراد الذين يعانون من مشكلة ما، وذلك لضمان نجاح وفاعلية البرنامج. ومن أهم تلك القضايا:

أ - العمر الزمني للأفراد المشاركين في البرنامج الإرشادي وخصائصهم والمرحلة العمرية التي يمرون فيها؛ فالبرنامج الإرشادي الذي أُعد لحل مشكلات الأطفال غير البرنامج الإرشادي المُعد للكبار من حيث طريقة بنائه وأدواته واستراتيجياته وفنياته. وكذلك برنامج الإرشاد المصمم لعلاج مشكلة نفسية معقدة غير البرنامج المصمم لتوجيه الطلاب نحو دراسة أو مهنة ما.

ب - ضرورة مراعاة مطالب النمو النفسي والانفعالي للمسترشدين في كل مرحلة عمرية، حيث إن لكل مرحلة مطالبها واحتياجاتها وخدماتها الإرشادية التي تقدم لها والتي تميزها عن المراحل العمرية الأخرى.

ج - ضرورة مراعاة الفروق بين الجنسين (الذكور، الإناث)؛ فالمشكلات التي تعاني منها الإناث في كثير من الحالات تختلف عن المشكلات التي يعاني منها الذكور، وذلك بسبب الفروق الاجتماعية والنفسية الفيزيولوجية والاجتماعية التي تميزهم عن بعضهم بعضاً.

د - نوع وطبيعة المشكلة التي يعاني منها المشاركين في البرنامج. فبعض المشكلات قد يكون لها طبيعة انفعالية أو سلوكية أو اجتماعية، وعلى المرشد النفسي أن يراعي في برنامج طبيعة المشكلة التي يتصدى لها. فإذا كانت المشكلة اجتماعية وتتعلق بصعوبات في التوافق

2. الأسس النفسية والتربوية: Psychological &Educational Fundamentals:

يجب على المرشد أن يأخذ باعتباره أثناء وضع البرنامج الإرشادي الفروق الفردية بين المسترشدين في النمو العقلي والجسمي والاجتماعي، واستعدادهم ورغبتهم في التدخل الإرشادي، وكذلك الفروق بين الأطفال الصغار والمراهقين والكبار، والأسوياء، وذوي الحاجات الخاصة، مع مراعاة الفروق بين الجنسين. فالبرامج المعدّة للذكور تختلف أحياناً عن البرامج المخصصة للإناث بحكم الفروق بينهما في الخصائص الجنسية والجسمية وغيرها، والتي قد يكون لها دوراً مهماً في تعديل البرنامج ليتناسب مع كل جنس. وعندما يأخذ المرشد النفسي هذه المتطلبات في برنامجه الإرشادي بعين الاعتبار، فإنه سوف يحقق شرطاً مهماً في تحقيق أهدافه وملاءمته لخصائص الأفراد المحتاجين إلى المساعدة وإمكانياتهم وقدراتهم.

3. الأسس الاجتماعية: Social Fundamentals

ومن هذه الأسس الاهتمام بالفرد باعتباره عضواً في جماعة. إنّ هذا المبدأ مكمِّل للمبدأ الذي سبق أن أشرنا إليه سابقاً ألا وهو: أنّ السلوك الإنساني فردي - اجتماعي، أي إن الإنسان كائن اجتماعي، ويعيش في واقع اجتماعي وله معاييره وقيمه، ويعيش مع جماعة في كيان اجتماعي يؤثر في الفرد ... فلا يمكن النظر إلى الإنسان بحد ذاته دون أن يأخذ بالحسبان الجماعة التي ينتمي إليها، والمجتمع الذي يعيش فيه.

ومن الأسس الاجتماعية أيضاً الاستفادة من كلّ مصادر المجتمع في الإرشاد النفسي. إنّ وسائل الإعلام والتوجيه والتثقيف في المجتمع تسهم في صوغ شخصية الفرد. كما أن هناك مؤسسات اجتماعية متخصصة لتقديم التوجيه والإرشاد كدور العبادة، ومكاتب الخدمة الاجتماعية، أو التأهيل المهني، أو رعاية المعاقين. هذا بالإضافة إلى أن المدرسة لها دور كبير ومهم يمكن أن تسهم فيه من خلال تقديم عمليات الإرشاد النفسي الفردي والجماعي لعدد كبير من أطفال المجتمع وشبابه، سواء عن طريق المرشدين أو عن طريق المدرسين المرشدين.

كما ينظر إلى هذا الأساس الاجتماعي في البرامج الإرشادية إلى الأفراد في سياق بيئاتهم، ويؤثر هذا في توجه الأفراد وفهمهم في اختيار أساليب التدخل التي يقوم عليها البرنامج لتحقيق التغير في السلوك، كما يؤثر في التقدير النفسي للأفراد الذين يطلبون المساعدة. كما أن تقدير السياق يتطلب أن ندرس ما يجري في بيئة الفرد الراهنة. وللتمثيل على ذلك قد نجد أن الصعوبة التي يشكو منها الفرد تنشأ من حاجة ما لديه، أو نقص، ومن ثم فإن أفضل

استراتيجية للتغيير هنا هي أن نعمل على علاج مشكلة الفرد. ولكن دراسة بيئة الفرد تكون مفيدة، فقد نجد في البيئة أفراداً أو تنظيمات تساعد على تطبيق هذه الاستراتيجية أو تلك من الفنيات الموجودة في البرنامج الإرشادي لدى الأفراد، وقد نجد البيئة كابحة لنمو الفرد، وهنا يمكن أن نتدخل لتغيير البيئة الاجتماعية أو نساعد الفرد على تغييرها أو التوافق معها، لأن هذه البيئة تُعد عنصراً أساسياً من عناصر التدخل الإرشادي. كما يجب على واضع البرنامج مراعاة خصائص المجتمع ومتطلباته وأهدافه، وخصوصاً إذا كان البرنامج موجهاً لتنمية المهارات الاجتماعية واتخاذ القرارات المناسبة لدى المسترشد.

4 ـ الأسس الفيزيولوجية Phisological Fundamental :

إن المسترشد هو إنسان له جسم يتكون من عدد من الأجهزة مثل: الجهاز العصبي، والجهاز التنفسي، والغدد الصم...إلخ، التي تعمل بصورة متكاملة بهدف تحقيق استمرار الحياة. والإنسان يسلك في محيطه البيئي والاجتماعي مجموعة من السلوكيات باعتباره وحدة نفسية وجسمية. فسلوك الإنسان هو عبارة عن حصيلة نشاطه الجسمي والنفسي معاً، حيث تتأثر حالته النفسية بحالته الجسمية، كما أن حالته الجسمية تتأثر بحالته النفسية.

إن إدراك المرشد تمام الإدراك للعلاقة الوثيقة بين النفس والجسد وأخذها بالحسبان حينما يتعامل مع المسترشد، وكذلك العلاقة القوية بين الانفعالات المزمنة التي يتعرض لها، وبين مختلف أشكال الاضطرابات السلوكية التي قد يعاني منها المسترشد. فمثلاً إذا حدث انفعال مزمن وتحول عن طريق الجهاز العصبي المركزي إلى أعراض جسمية على شكل خلل في الحس أو الحركة نشأ ما يسمى "بالهستيريا". أما إذا حدث انفعال مزمن وتحول عن طريق الجهاز العصبي الذاتي إلى أعراض جسمية تصيب الأعضاء التي يتحكم بها هذا الجهاز ظهرت الاضطرابات النفسية. وليس هنا موضع التفصيل والتوضيح للجوانب الفيزيولوجية والعصبية، وإنما الغاية فقط هي بيان ضرورة وأهمية كون المرشد النفسي واعياً ومدركاً لهذه الجوانب وعلاقاتها بالحالة النفسية عند وضع البرنامج الإرشادي.

5 ـ الأسس الفلسفية : Philosophical Fundamentals

إن مفهوم المرشد عن طبيعة الإنسان يُعدُ أحد الأسس الفلسفية التي يقوم عليها عمله، لأنه يرى نفسه وسيرى المسترشد في ضوء هذا المفهوم، وبالتالي فالعلاقة الإرشادية ستتأثر بصورة مباشرة بهذا المفهوم. وتحاول كل نظرية من النظريات الفلسفية والنفسية والاجتماعية

تحديد طبيعة الإنسان، ولكل منها وجهة نظر خاصة بها. ولسنا هنا في هذا المقام بصدد بيان وجهة نظر كل مدرسة حول طبيعة الإنسان، لكن الأمر الذي يجب تسليط الضوء عليه هو أن عملية الإرشاد النفسي يجب أن تقوم على أساس فهم كامل لطبيعة الإنسان، ذلك أنها عملية فنية معقدة عميقة عمق الطبيعة البشرية نفسها، وتستحق فعلاً من المرشد النفسي أن يبحث ويدرس جيداً، ويعتمد أكثر من مصدر في تكوين مفهومه عن طبيعة الإنسان ليكون أقرب ما يكون للصواب (العاسمي وآخرون، 2004، 55).

لذلك، فالبرنامج الإرشادي يجب أن يراعي طبيعة النسق الفلسفي الخاص بالمرحلة العمرية التي يمر بها الأفراد الذين يعانون من مشكلة ما، والإطار العام الذي يتناول أسلوبها في تحقيق تلك الأهداف، بحيث يحرص على عدم حدوث أي تناقض بين أهداف البرنامج وفنياته وبين خصائص الأفراد الخاضعين للبرنامج وأهدافهم، التي تتمثل في رغبتهم في التغلب على مشكلاتهم، وهو ما يهدف إليه الإطار العام للبرنامج، وذلك للوصول إلى أفضل الوسائل التي تناسب قدراتهم وإمكانياتهم.

6. الأسس الأخلاقية: Moral Fundamentals

تؤثر القيم في السلوك الإنساني، ويمكن التعرف إلى مهنة ما من تحليل رسالتها والتزاماتها وأهدافها المكتوبة، وأنشطتها والبحوث التي تتم في إطارها. وتعكس أخلاقيات ممارسة العمل الإرشادي توجهاً قيمياً إنسانياً يعبر عن الاهتمام بحقوق الفرد، واستخدام المعرفة والمهارات لتحسين حياة الأفراد. وتؤكد البحوث في مهنة الإرشاد النفسي على حق الفرد في اختيار الأسلوب الذي يناسبه أثناء عملية التدخل الإرشادي، من دون ضغط أو إجبار (إلاّ في الحالات الشديدة من الاضطراب لدى المسترشد) وفي جو من الأمن والاطمئنان والسرية التامة لكل خبراته، ومن دون استغلال لإمكاناته المادية والمعنوية. لذلك فعلى المرشد النفسي الذي يصمم برنامجاً إرشادياً لمسترشد ما أن يأخذ في الاعتبار القيم الأخلاقية التي يؤمن بها ذلك المسترشد ويستفيد منها أثناء عملية التدخل الإرشادي، بحيث يعمل في سياقها المعرفي والانفعالي بغية الحد من الاضطراب الذي يعاني منه، ولا يحاول - حسب اعتقاده - أن ثمة تحسناً سوف يحدث لو قام المرشد بمواجهتها أو التقليل من قيمتها، لأن ذلك قد يسبب إنهاء العلاقة الإرشادية مع المسترشد. كذلك يجب على المرشد نفسه أن يتحلى بمجموعة من القيم الأخلاقية

أثناء عملية التدخل الإرشادي كما أوصت بذلك أدبيات الإرشاد النفسي والجمعيات النفسية في العالم باعتبار الإرشاد النفسي مهنة لها قيمة أخلاقية.

ولو دققنا النظر إلى الأسس العامة لبناء البرامج الإرشادية للأطفال، نجد أنها تركز على مايلي:

1ـ التنوع في الأنشطة المحببة إلى نفوس الأطفال في أثناء الجلسات الإرشادية أو التدريبية أو المهارية حتى لا يتسرب الملل والضيق للطفل.

2ـ وضوح النماذج والمهارات المطلوب من الطفل القيام بها وسهولتها.

3ـ التنوع في المعززات المستخدمة سواء أكانت مادية أم معنوية، وأن تقدم ضمن برامج أو جداول محددة، التعزيز الثابت والمتقطع بناء على النسبة أو الزمن.

4ـ التنظيم والترتيب قبل البدء بممارسة النشاط من حيث ترتيب الأوضاع المكانية، وتحديد دور المرشد أو المعالج في ذلك.

5ـ تحديد مستويات بسيطة من السلوك كشرط لتقديم التعزيز أو التدعيم، حيث إن طبيعة الطفل النمائية على المستوى الحركي والعقلي والاجتماعي لا تتناسب مع تنفيذ مستويات عالية ومعقدة من السلوك. فمن الطبيعي أن يعجز الطفل عن إظهار السلوك المطلوب من أجل الحصول على تدعيم، لذلك نجد الطفل يعاني من الإحباط والقلق، وأحياناً الانسحاب من البرنامج كلياً.

6ـ التأني في الانتقال من خطوة إلى أخرى، والتأكد من استيعاب الطفل لكل خطوة من خطوات العمل أو المهارة قبل الانتقال للتدرب على المهارة الأخرى.

7ـ معرفة المرشد والمعلم لكل طفل من أطفال البرنامج التدريبي أو المهاري بشكل جيد مع تقديم كل الخبرات والمعارف اللازمة التي تساعد الطفل على إتقان هذه المهارة.

8 ـ أن تكون الأجهزة والمعدات والوسائل والألعاب متناسبة مع عمر الطفل النمائي.

9ـ من الممكن تقسيم الأطفال أثناء تنفيذ البرامج الإرشادية أو التدريبية إلى جماعات صغيرة؛ بحيث يتم بينهم التجانس الذي من شانه أن يجعل أفراد تلك الجماعات يتبادلون أطراف الحديث، ويتبادلون الرأي والتشاور حول ما يجعل قدراتهم في أعلى وأبهى صورة.

10ـ أن يتم العمل والتعامل مع الأطفال على أسس صحيحة، وأن يكون التنافس بينهم على أساس صحي والذي من شانه أن يؤدي إلى زيادة جاذبية وتفاعل جماعة الأطفال ومدحهم.

المحكّات العامة لبرامج الإرشاد النفسي:

ثمة مجموعة من المحكّات تساعد كل من المرشد أو المعالج النفسي، وحتى الباحثين في درجة الماجستير والدكتوراه أن يأخذوها باعتبارهم عند إعداد برنامج إرشادي أو تدريبي. وأهم تلك المحكّات:

1- التركيز على الأسس السليمة للنظريات الإرشادية التي يقوم عليها البرنامج. ويعني ذلك أنه لا يوجد برنامج مهما كان نوعه من غير ثوابت وأسس نظرية قوية يستند إليها.

2- توفير التدريب المناسب والفعّال لكل من القائمين على تنفيذ البرنامج، وكذلك المسترشدين، وذلك بهدف التعرف على الإجراءات الصحيحة لتنفيذ البرنامج.

3- الاستجابة للتغيرات الفردية، وقد يحدث هذا الأمر عندما يبدأ مسترشد ما في البرنامج الإرشادي، وخلال تقدمه وتحسن حالته النفسية نتيجة للتدخل الإرشادي، قد تحدث لديه بعض القضايا الطارئة كوفاة عزيز، أو انتقاله إلى سكن جديد والتعرف إلى أصدقاء جدّد لم يتعاملوا معه بطريقة ودية، مما أثر كل ذلك على شخصيته، وبالتالي انتكست حالته النفسية كثيراً عما كانت عليه عند آخر جلسة إرشادية.

4- توفير الوسائل اللازمة لعرض أهداف البرنامج وخطواته على المسترشدين بطريقة تساعدهم على تقبل البرنامج وخطواته التنفيذية، والرغبة في المشاركة فيه.

5- العرض المناسب لنماذج تطبيق البرنامج.

6- بناء البرنامج وتنظيمه.

7- مناسبة البرنامج للبيئة الاجتماعية والثقافية التي يُطبق فيها.

8 - أن يكون لديه القدرة على إحداث تغيير في المنظور الإدراكي لدى المسترشدين.

9- أن يقدم مجموعة من النماذج التطبيقية المناسبة (الأساليب، والفنيات) لحل مشكلات المسترشدين النفسية والاجتماعية والأكاديمية، وأن تكون متوافقة مع نوع المشكلة، وعمر المسترشد، ومدى إحساسه بالمشكلة، ودرجة استبصاره بأبعاد المشكلة.

10- الاهتمام بدوافع المسترشد ورغباته والاستجابة لها بطريقة مقبولة.

11- توفير وسائل التقييم الفعالة.

12. تدعيم تقييم البرنامج بأبحاث أخرى تناولت برامج إرشادية لنفس المشكلات لدى مسترشدين آخرين.

13. مدى الاستفادة من البرنامج (Donald، et al، 1994، 35-25).

الخصائص العامة للبرامج الإرشادية:

ذكرنا في أكثر من مكان في هذا الفصل أن البرنامج الإرشادي يجب أن يتمتع بمجموعة من الخصائص حتى يمكن الحكم عليه بأنه استراتيجية منظمة له أهداف واضحة، ويسير بخطوات متسلسلة، وله نتائج واضحة يمكن التعرف إليها من خلال سلوكيات وتفاعلات المسترشد في حياته اليومية. وبصورة عامة، فإن أهم الخصائص والسمات والخطوات العلمية التي يتمتع بها البرنامج الإرشادي هي التالية:

1 - **التخطيط والتنظيم**: يجب أن يكون للبرنامج استراتيجية منظمة ومخطط لها من قبل الخبراء الذين يملكون معرفة علمية وعملية في مجال تصميم وبناء البرامج الإرشادية. فالتخطيط والتنظيم يتضمن تغطية عناصر البرنامج الإرشادي من حيث التمهيد له، ووضع الأهداف، واختيار الأفراد المستهدفين، وخطوات سيره، بحيث لا تسبق مرحلةٌ عن الأخرى.

2. **المرونة**: ويقصد بها أن البرنامج ليس ثابتاً ثباتاً قطعياً من حيث الجلسات الإرشادية والفنيات المستخدمة فيه، وإنما هو مرن وقابل للتعديل في ظل المستجدات والظروف التي تطرأ على العملية الإرشادية والبيئة المحيطة بها، وكذلك المتغيرات الطارئة التي تحدث للمسترشد كالمرض أو التحسن المفاجئ.

3. **الشمول**: أي أن الشمولية في البرنامج لا تعني وقوف البرنامج عند جزئية من مشكلة المسترشد بل يجب أن يكون شاملاً لجميع أبعادها الاجتماعية والنفسية والانفعالية، كما يتضمن الشمول: أدوات القياس المناسبة والفنيات وغيرها من العناصر الأساسية في البرنامج.

4. **التكامل**: بمعنى أن تتكامل عناصر البرنامج مع كل معطيات حالة المسترشد النفسية أثناء عملية تفسير التغيرات التي حدثت في سلوك المسترشد ضمن الوحدة التاريخية والحالية؛ فالمعطيات التي تم جمعها ينبغي أن تنتظم وتتكامل ضمن الشخصية برمتها في وحدتها التاريخية والدينامية والحالية.

5. **الموضوعية**: أن يكون البرنامج موضوعياً من حيث:

- الأرضية النظرية التي يستند إليها.
- نظرة المرشد إلى مشكلة المسترشد بصورة كلية (جشتالتية).
- الأدوات والمقاييس الخاصة بالفحص والتشخيص والتقويم والتقييم.
- الفنيات الإرشادية المستخدمة.
- أحكام المرشد والآخرين على عملية الإرشاد النفسي برمّتها.
- الإطار المرجعي الثقافي الذي يطبق فيه البرنامج، بحيث تكون النتائج التي يحصل عليها البرنامج مناسبة للبيئة الاجتماعية بما فيها من قيم وعادات اجتماعية أصيلة.

6. الدقة وسهولة التطبيق: بمعنى أن يكون البرنامج دقيقاً في تحديد أهدافه وسيره وتفسير نتائجه، وأن تكون إجراءاته سهلة التطبيق من قبل المرشد والمسترشد القادر على فهمها وتمثلها دون أدنى صعوبة.

7. مجاراة البرامج الأخرى من حيث الدقة: بمعنى عدم الخروج على السائد والمألوف أو المتبع من الأصول واللوائح والنظم في الإرشاد النفسي.

8 . إشراك أكبر عدد ممكن من العاملين في المؤسسة: وذلك لضمان شبكة من العلاقات الاجتماعية المؤيدة لهذا البرنامج والمؤمنة بفاعليته.

9. وضع مراحل التقويم والتقييم بطريقة سليمة: وذلك بهدف إتمام المتابعة الواعية، والحصول على نتائج دقيقة حول مدى فاعلية البرنامج الإرشادي.

10ـ إمكانية التعميم: أي إمكانية تطبيقه ـ إذا توافرت الشروط اللازمة له ـ على أفراد يعانون من المشكلة نفسها التي يتصدى لها البرنامج.

11ـ الواقعية: بمعنى أن يكون البرنامج واقعياً في تناوله للمشكلة التي يتصدى لها وفي حدود إمكانياته ومجاله، وأن يضع لها الحلول اللازمة، أما المشكلات التي تقع خارج حدود الإرشاد، كعلاج حالة التخلف العقلي بحيث يصبح المسترشد على درجة مرتفعة من الذكاء، أو أنه يتصدى لمشكلات طبية تقع خارج حدود الخدمات التي يقدمها. كما تعني الواقعية أن يضع حلولاً تتناسب مع الإطار الاجتماعي العام والسلوك السائد في المجتمع.

دور المرشد النفسي في التدخل الإرشادي:

إذا اتجهت الملاحظة إلى حياة الناس في أي من مجتمعاتهم وبخاصة المعاصرة منها، فسوف تكشف عن وجود عدد غير قليل من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات في سلوكهم، وهي تختلف من حيث أنواعها، وتتفاوت من حيث مظاهرها وأغراضها. ومن هذا، كان لابد من وجود عاملين في مجال الخدمات النفسية لأولئك الذين يعانون من اضطرابات نفسية بهدف التخلص من آثارها والحد من مخاطرها. لذلك سوف نتناول في هذا الجزء المرشد النفسي، وصفاته، ومؤهلاته، وإعداده، والأعمال التي يقوم بها في العملية الإرشادية، ونترك الحديث عن العاملين الآخرين في العملية الإرشادية لفقرة أخرى في فصل آخر.

فالمرشد النفسي Counselor هو ذلك الشخص المتخصص والمؤهل والمدرب تدريباً جيداً على ممارسة مهنة الإرشاد النفسي الذي يقدم المساعدة للأفراد من أجل فهم ذواتهم ومعرفة استعداداتهم وقدراتهم وميولهم بشكل دقيق، ومساعدتهم أيضاً على اختيار البديل المناسب لحل مشكلتهم من بين بدائل عدة موجودة لديهم والتي تتوافق مع احتياجاتهم ومتطلباتهم ودورهم في حياتهم الاجتماعية، الأمر الذي يشعرهم بالسعادة والرضا عن النفس.

وبشكل عام، يتجلى دور المرشد في التدخل الإرشادي بمايلي:

- القيادة المتخصصة لفريق التوجيه والإرشاد، والقيادة العملية لأساليب الإرشاد الجماعي والفردي.
- تشخيص وعلاج المشكلات النفسية والانفعالية والمهنية والأكاديمية.
- الإشراف على إعداد رسائل الماجستير والدكتوراه في مجالات الإرشاد النفسي المتعددة.
- القيام بعملية الإرشاد النفسي، فهو الأخصائي الخبير والمسؤول عن هذه العملية، وتقديم خدمات الإرشاد بصفة عامة، وخدمات الإرشاد التربوي والمهني والزواجي والأسري بصفة خاصة بأسلوب فردي أو جماعي.
- مساعدة أعضاء فريق الإرشاد استشارياً فيما يتعلق ببعض نواحي التخصص.
- الاشتراك في عملية التدريب أثناء الخدمة للعاملين في ميدان التوجيه والإرشاد، وهو أقدر الأخصائيين على تولي هذه المسؤولية.

- إعداد البرامج الإرشادية والمقاييس والاختبارات النفسية اللازمة للمسترشدين الذين يعانون من مشكلات مختلفة.

- الإسهام في تطوير العملية التربوية والمناهج، وإدماج وتكامل برامج التوجيه والإرشاد فيها.

ويرى بيبنسكي في هذا الأمر أن معرفة الجوانب العملية التجريبية التي تمتد إلى دراسة الحيوان، علم النفس المقارن، والأنثروبولوجيا الثقافية، سوف تساعد المرشد النفسي على تفهم سلوك المسترشد. وعلى أي حال يجب ألا يغيب عن بالنا شخصية المرشد التي تُعد حجر الزاوية في عملية الإرشاد، وليس التدريس الأكاديمي أو المعرفة بأصول الإرشاد إلا تأثير بسيط عند مقارنتها بشخصية المرشد النفسي. وهذا ما نوه إليه "روجرز" قائلاً: إنه ليس المطلوب هو المعرفة العقلية المهنية كمتطلب بالنسبة للمرشد؛ فالمقصود هو توافر صفات وخبرات، وليس معلومات معرفية، وإذا كانت هناك ضرورة لاكتسابها فيجب أن تكتسب من خلال التدريب على ممارسة الإرشاد، والتي هي عادة جزء من التدريب المهني، حيث تصبح فيما بعد ذات أهمية في اختبار مدى كفاءة المرشد كي يحرز تقدماً في تحقيق الشخصية الفعالة.

وهناك وجهة نظر معارضة في هذا التوجه، ترى أن التدريب في مجال الإرشاد يجب أن يبدأ في مرحلة مبكرة في تدريب الأخصائيين النفسيين، وتحت إشرافه أثناء عملية إعداد المرشد. وفي الغالب يستخدم في تدريب المرشدين وسائل عديدة ومتنوعة؛ فهناك المحاضرات، والندوات، والمناقشات للنظريات والوسائل المتعلقة بالإرشاد ومدى أهميتها والاستفادة منها في البيئة الإرشادية المحلية. وينبغي أن تقدم هذه الدراسات للمرشد المبتدئ المداخل التنظيمية ووجهات النظر، والمدارس الفكرية المختلفة. وقد تكون هذه الدراسات على أساس معرفة بدلاً من المستوى العملي، ولكن يمكن تقديم المواد العلمية في هذه الدراسات بطرق مختلفة، منها الرجوع إلى الكتب والبحوث في هذا المجال، والرجوع إلى تسجيلات الحالات الإرشادية ومناقشتها.

إن تحقيق النمو الأمثل لكل فرد من أفراد المجتمع هدف تربوي واجتماعي ونفسي يسعى الأفراد إلى تحقيقه بكافة السبل والإمكانيات المتاحة، وذلك بغية مساعدتهم - اختلاف مراحل النمو التي يمرون فيها - في معرفة إمكاناتهم وقدراتهم وميولهم واستعداداتهم، وتنميتها إلى أقصى حد تسمح به هذه القدرات.

وأن الشخص الذي يقوم بهذا الدور هو المرشد النفسي الذي يسعى جاهداً - من خلال خبرته الإكلينيكية الواسعة في مجال الحالات الفردية والمعرفة العلمية بحكم تخصصه في مجال الإرشاد النفسي - إلى مساعدة الأفراد على اختيار التخصص العلمي أو العملي الذي يناسب قدراتهم وإمكاناتهم، وذلك من خلال إمدادهم بالمعلومات المطلوبة في مجال التخصص المطلوب الالتحاق به. كذلك القيام بإجراء الاختبارات النفسية للتحقق من هذه الميول والقدرات لدى الأفراد المحتاجين للمساعدة، والمشاركة مع فريق العمل الإرشادي أو العلاجي في تشخيص المشكلات التي يعاني منها بعض الأفراد، وإحالة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات نفسية شديدة إلى مراكز الصحة النفسية لتقديم العلاج لهم، وإلى ما هنالك من المهام والواجبات الموكلة إليه.

سمات المرشد الشخصية:

المرشد النفسي هو شخص كامل التوافق نسبياً ذو تأثير عميق في الناس الذين يعمل معهم، حيث يشعر الآخرون أنه يفهم ما يواجههم من مشكلات، كما يفهم الدوافع التي تدفع الآخرين إلى هذا السلوك. إنه شخص مستعد دائماً لتقديم المساعدة، فهو في كل علاقاته واتصالاته اليومية مع الناس يشجعهم على التقرب منه، ويشعرهم باستعداده لمعاونتهم، ويستكمل الموقف عناصره عندما يتعلم الآخرون أن يضعوا ثقتهم به، ويدرك المرشد النفسي تبادل الرسائل ذات الطابع السري، أي الأمور التي ينبغي أن يناقشها مع المسترشدين، وأي منها يحتفظ بها ضمن سرية تامة لا يمكنه أن يبوح بها للآخرين إلا بموافقة المسترشد نفسه، لأن العمل الذي يقوم به هو أولاً وأخيراً في مصلحة المسترشد.

والمرشد النفسي أيضاً يفهم جيداً ويدرك معظم نقاط ضعفه وقوته، وهو يؤمن أن لديه من نواحي القصور ما يؤثر أحياناً على فاعليته، وهو حساس لما قد يترتب على تدخله في حياة الآخرين من متاعب في أثناء محاولته لمساعدة الآخرين، وهو يتجنب أن يقول للمسترشد الذي يأتي إليه "أفعل ما كنت أفعله أنا لو كنت مكانك"، وبدلاً من ذلك فهو يسعى لمساعدة المسترشد على أن يرى نفسه على حقيقتها، وأن يعمل على حل مشكلاته بطريقته الخاصة.

وهنا لابد من إجمال السمات العامة التي يتمتع بها المرشد النفسي حتى يؤدي دوره في العملية الإرشادية (البرنامج) بفاعلية عالية:-

- يتمتع بتوافق نفسي جيد مع ذاته والآخرين.
- يدرك جوانب القصور في شخصيته وجوانب القوة، لأن عدم إدراك ذلك فمن المحتمل أن يؤثر في تقييمه لسلوك الآخرين من خلال إسقاط نقاط ضعفه على المسترشدين.
- القدرة على فهم ذاته والآخرين.
- الأمانة والالتزام المهني والعلمي.
- التسامح مع الآخرين.
- عدم إصدار أحكام على الأفراد من خلال تصرفاتهم لا بالسلب ولا بالإيجاب.
- الدعابة، والقدرة العقلية الجيدة.
- الشفافية أثناء التعامل مع الآخرين.
- الخبرة السابقة في مجال التدريس والإرشاد.
- النشاط الفعال والحيوية.
- القدرة على الدخول في المشكلة والخروج منها بأمان.
- المرونة في التعامل مع المشكلات التي تتعلق بالقيم والأعراف والمعتقدات.
- تقديم المساعدة للآخرين دون استغلالهم مادياً أو شخصياً.
- تقديم المساعدة للمحتاجين إليها بغض النظر إلى انتماءاتهم العرقية أو الطائفية.
- أن يستفيد من خبراته المهنية في تقديم المساعدة للآخرين.

إعداد المرشد مهنياً:

يتم إعداد المرشد النفسي علمياً في أقسام علم النفس بالجامعات، ويتم تدريبه علمياً وعملياً في مراكز الإرشاد النفسي الملحقة بهذه الأقسام تحت إشراف الأساتذة والخبراء. ويتطلب هذا الإعداد اهتماماً خاصاً، فهو يحتاج إلى دراسة خاصة وتدريب خاص في طرائق الإرشاد النفسي ومجالاته المتعددة مثل: دراسة أصول علم النفس، وعلم نفس النمو، وسيكولوجية الفرد والجماعات، والصحة النفسية في مرحلة الدراسة الجامعية الأولى، والإرشاد النفسي، بالإضافة إلى التطبيقات الميدانية في مجال الإرشاد النفسي. وبعد الدراسة الجامعية الأولى ينتقل إلى الدراسات العليا في مجال الشخصية والإرشاد النفسي، فيجتاز مرحلة الماجستير، ثم التحضير لدرجة الدكتوراه في مجال الإرشاد النفسي.

ونجد في معظم الدول أن هناك إجماعاً على أن تكون الدرجة العلمية التي يحملها المرشد هي درجة الدكتوراه، وإن كانت في بعض الدول تكتفي بدرجة الماجستير على أن تكون هي أقل درجة علمية تسمح للمرشد النفسي بمزاولة عمله الإرشادي.

واجبات المرشد المهنية:

هناك واجبات كثيرة على المرشد القيام بها حتى يتمكن من تقديم المساعدة المثلى للمسترشد، ومن هذه الواجبات ما يلي:

1) تزويد المسترشد بالمعلومات اللازمة والتوجيهات التي تساعده على تنفيذ المهام والأنشطة المتفق عليها.

2) توفير الدعم والتشجيع والتعاطف للمسترشد حتى يستمر في تنفيذ الخطة المتفق عليها.

3) مساعدة المسترشد للتعبير عن مشاعره الإيجابية والسلبية كما يدركها.

4) مناقشة المسترشد في الصعوبات التي تواجهه ومحاولة العمل معه للتغلب عليها.

5) تأكيد وتوضيح حاجات المسترشد وحقوقه ومطالبه.

6) تبصير المسترشد في إدراك مشكلاته وخبراته وسلوكه وفهم نفسه.

7) المساعدة على زيادة ثقة المسترشد بنفسه.

8) مساعدة المسترشد على زيادة اهتمامه بعملية الإرشاد.

9) قيادة فريق التوجيه والإرشاد، ومساعدتهم للقيام بدورهم بنجاح.

10) الإشراف على خدمات التوجيه والإرشاد.

11) متابعة تنفيذ برنامج التوجيه والإرشاد، ومحاولة تعديله إن لزم الأمر، وذلك وفق المستجدات الإرشادية.

12) التنسيق مع المؤسسات التربوية والاجتماعية والصحية والمهنية في المجتمع، وذلك بهدف زيادة فعالية البرنامج الإرشادي.

13) تقييم برنامج الإرشاد وكذلك العاملين الآخرين في فريق الإرشاد في البرنامج بين الحين والآخر، وذلك لمعالجة أخطاء سوء التنفيذ التي وقعوا فيها، وتعزيز الإيجابيات.

هذا ، ويعتمد نجاح العملية الإرشادية بدرجة كبيرة على قدرة ومهارة المرشد في القيام بها بشكل سليم، ولهذا الأمر يترتب على المرشد القيام بجملة من الواجبات، والتي من أهمها مايلي:

1) الترحيب بالمسترشد والسماح له بالجلوس، مما يشعر المسترشد باهتمام المرشد به ورغبته بمساعدته.
2) قيام المرشد بالتعريف عن نفسه ودوره، وما يمكن أن يقدمه للمسترشد من خدمات.
3) إتاحة الفرصة للمسترشد للتعريف بنفسه، وبيان سبب زيارته للمرشد.
4) توضيح أهداف العملية الإرشادية وأساليبها بطريقة موجزة ومفهومة.
5) توضيح القواعد الناظمة التي تحكم العمل الإرشادي.
6) توضيح دور المسترشد، وإبراز أهمية هذا الدور في نجاح العمل الإرشادي.
7) إتاحة الفرصة كاملة للمسترشد للسؤال عن الجوانب التي لم يفهمها سواء مما تقدم ذكره أم لا.

مهام المرشد في العملية الإرشادية:

يُعد المرشد أحد أعضاء فريق الإرشاد الفاعلين والمؤهل لدراسة مشكلات المسترشد التربوية والاجتماعية والنفسية، وذلك بغرض مساعدته في التبصر بمشكلاته، والعمل على حلها بصورة مناسبة، بما يحقق له التوافق النفسي والتربوي والاجتماعي. والجدير بالذكر كلما كان تعامل المرشد مع المشكلة مبكراً كلما انعكس ذلك إيجابياً في التسريع بحلها. ولهذا أشار ميريك (1977) إلى أنّ أنسب وقت للتغلب على المشكلات المدرسية والاجتماعية يكون خلال السنوات التكوينية الأولى لسن الطفل؛ فالأطفال يكونون نماذج سلوكية طويلة الأجل في المرحلة الممتدة من (6 ـ 10) سنوات، ولهذا تكون الحاجة ملحة وضرورية إلى المرشد التربوي في هذه المرحلة" (الزعبي: 1994، 238).

وتقع على المرشد النفسي العديد من المهمات التربوية والنفسية والمهنية التي من شأنها أن تساعد في إنجاح عملية الإرشاد والعلاج النفسي، ويمكن تلخيص تلك في الآتي:

أولاً ـ القدرة على إعداد برنامج إرشادي:

وتشمل المهام في الآتي:

1) الإلمام بأساليب جمع المعلومات المختلفة (المقابلة، دراسة الحالة، الملاحظة، المقاييس والاختبارات النفسية والشخصية...).

2) الإلمام بنظريات وطرائق الإرشاد النفسي وفنياته.

3) الإلمام بمتطلبات مرحلة النمو التي يمر فيها الطلاب.

4) الإلمام بكافة الاختبارات المستخدمة في عمليات الإرشاد.

5) تطبيق الاختبارات وتفسير نتائجها.

ثانياً - تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي:

1) تعريف المسترشد بالمجالات الدراسية التي تناسبه.

2) تعريف المسترشد بمجالات العمل التي تناسبه.

3) تعريف المسترشد بمتطلبات المهن المختلفة.

4) مساعدة المسترشد للتغلب على مشكلات الحياة اليومية.

5) تحويل المسترشد إلى المؤسسات التي تقدم خدمات مكملة للعملية الإرشادية.

6) تكوين علاقة جيدة مع المدرسين وإدارة المدرسة والعاملين فيها.

ثالثاً - إدارة الجلسة الإرشادية:

1) توجيه الأسئلة التي تتعلق بمشكلة المسترشد.

2) استخدام أساليب السلوك غير اللفظي (تعبيرات الوجه، والإيماءات، وحركة العيون).

3) استخدام أساليب السلوك اللفظي الإيجابية كعبارات المديح والتشجيع.

4) الإصغاء الجيد وحسن الانتباه.

5) القدرة على التفكير والنقاش الموضوعي.

رابعاً - تكوين الثقة بين المرشد والمسترشد:

1) القدرة على إنشاء علاقة تتصف بالدفء والفعالية مع الآخرين.

2) القدرة على الاحتفاظ بسرية العمل.

3) تقبل المسترشد كفرد له صفاته وإمكاناته.

4) إصدار أحكام موضوعية باستخدام أسلوب القيادة الديمقراطية.

خامساً - اتخاذ القرارات السليمة:

1) مساعدة المسترشد في تحديد أهدافه.

2) تقديم التعليمات الضرورية لزيادة وعي المسترشد بمشكلاته.

3) توضيح نواحي القوة والضعف لدى المسترشد .

4) تشجيع المسترشد على الاستمرار في العملية الإرشادية حتى تتحقق الأهداف المنشودة في حل مشكلته.

5) تقديم المساعدة للمسترشد للتعبير عما يجول في بنفسه حتى تتضح مشكلته في أبعادها ومسبباتها.

سادساً ـ تفهم السلوك الاجتماعي :

1) القدرة على تفهم الآخرين.

2) تفهم مقتضيات وأبعاد الوسط الاجتماعي والثقافي الذي يعيش فيه.

3) تقبل التغيير الاجتماعي.

4) تفهم القيم الأخلاقية.

5) الاستفادة من الخبرة السابقة (أبو عطية: 1997، 118).

الأدوار المرشد في مجالات الإرشاد المختلفة:

يمكن إجمال دور المرشد في مجالات الإرشاد المختلفة في الآتي :

أ ـ دوره في المجتمع :

يحتاج أي مجتمع من المجتمعات مدنية أم حضرية، بسيطة أم معقدة إلى خدمات إرشادية والتي تعمل على استغلال الخدمات الموجودة بالفعل في المجتمع، مثل مركز الترفيه والمتنزهات، ويتم تقديم هذه البرامج من قبل المرشد للأفراد في سياق حياتهم اليومية. كما أنها تتميز باستخدامها لمصادر البيئة التي يمكن من خلالها تدعيم السلوك الاجتماعي، وغالباً ما يتم تقديم مثل هذه الخدمات من البرامج الإرشادية في المراكز الترفيهية المحلية، أوفي مراكز الشباب، وتستمر تلك الأنشطة في مجراها الطبيعي ولا تتوقف على أثر استخدام مثل هذه البرامج.

ويتجسد دور المرشد من خلال مايلي :

1ـ تحديد احتياجات المجتمع من خدمات الصحة النفسية والتعرف عليها، ويجهل هذه الخدمات كثير من أفراد المجتمع ولا يمكنهم الوصول إليها واكتشافها؛ إما لجهلهم بها، وإما لعدم قدرتهم على تحديدها، ولعدم معرفتهم أيضاً بالأشخاص الذين يقدموا المساعدة في ذلك.

2. الكشف عن الاضطرابات النفسية التي يعاني منها بعض أفراد المجتمع، وتحديد تلك الاضطرابات الأكثر انتشاراً، بغية التعرف إلى أسبابها الحقيقية في ضوء الواقع. وكما هو معروف أن لكل مجتمع من المجتمعات مشكلاته واضطراباته الخاصة به، فقد ينتشر الذهان في مجتمع دون آخر، وكذلك أشكال الاضطرابات العصابية أو الجريمة أو ماشابه ذلك من الاضطرابات النفسية والعقلية والسيكوسوماتية... بمعنى آخر تشخيص الحالة النفسية والانفعالية التي يعاني منها الشخص، وتقدير شدتها، وخطورتها على الفرد والمجتمع.

3. أن تكون لديه القدرة على مواجهة هذه المشكلات والتعامل معها بموضوعية وذلك من خلال التعرف على بداية المشكلة، والعوامل المختلفة التي أسهمت في ظهورها، والأوقات التي تظهر فيها دون غيرها.

4. إجراء البحوث الميدانية للتعرف على تأثير العوامل النفسية والاجتماعية على الصحة العامة للفرد والمجتمع.

5. تحديد البرامج الإرشادية والعلاجية التي يمكن أن تسهم في معالجة تلك الاضطرابات التي يعاني منها بعض أفراد المجتمع.

6. أن يساهم في رفع مستوى الصحة النفسية للأفراد من خلال المحاضرات والندوات وتدريب الأخصائيين الجدد على طرائق وأساليب الإرشاد لكي يقدموا خدماتهم في المجتمع الذين يعيشون فيه.

ومن أمثلة هذه البرامج تلك التي استخدمها كل من "فو وأورونيل Fo and O'Donnell 1992;522، والذين قاموا بتطبيقها على عينات من المراهقين تم تحويلهم للعلاج، وذلك بسبب مشكلاتهم السلوكية والأكاديمية. ونظراً لأن بعض هؤلاء المراهقين كان لديهم تاريخ سابق، في حين لم يكن لبعضهم الآخر أي تاريخ سابق، حيث كان يضم البرامج تقديم خدمات علاجية للمراهقين الذين يعانون من مشكلات سلوكية، إلى جانب شق وقائي يتم تقديمه للأفراد المعرضين لخطر الجنوح. كما يُعد البرنامج الذي قدمه دافيدسون Davidson، 1988 من ضمن البرامج التي تنتمي إلى التدخلات المجتمعية أي تستند على المجتمع المحلي وما يقدمه من خدمات، والتي تهدف إلى الحد من حدوث انتكاسة تتمثل في الارتداد إلى الإجرام مرة أخرى من جانب المراهقين (كازدين: 2000، 223).

ب ـ دوره في العمل الوقائي:

يتسع نطاق البرامج الوقائية التي يتم إعدادها بهدف حماية الصحة النفسية وتطويرها، ومنع حدوث اختلال في الأداء الوظيفي لأفراد المجتمع، وذلك في ضوء الملامح الرئيسية المميزة لمثل هذه البرامج، والأهداف التي تسعى إلى تحقيقها. ومثل هذه البرامج تختلف باختلاف الأهداف ونوع الوقاية، وسوف نتحدث عن هذه الأنواع من البرامج عند الحديث عن تصنيف البرامج وفقاً للمنهج المستخدم.

هذا، ويتمثل الدور الذي يقوم به المرشد على المستوى الوقائي في الآتي:

1ـ القيام بمهمة تحسين نوعية الحياة من خلال تعديل الظروف في المؤسسات الاجتماعية بالطريقة التي تصبح معها الاضطرابات النفسية والاجتماعية أقل ما يمكن.

2ـ اكتشاف المجموعات البشرية المعرضة للمرض النفسي، والبحث عن الأسر والأفراد المحتاجين إلى العون والمساعدة. وهذه مهمة ينبغي أن ينهض بها المرشد النفسي نحوهم قبل أن تؤدي بهم الضغوط التي يتعرضون لها إلى مرض نفسي مزمن.

3ـ الحيلولة دون حدوث انتكاسات لدى المريض بعد الشفاء.

4ـ ضرورة تناول المرشد النفسي لمجموعة المشكلات الصحية ذات الخلفية النفسية، كتعاطي المخدرات والأمراض التناسلية، والاضطرابات الجنسية، والتخلف العقلي، وعليه أن يبتكر الأساليب المناسبة للرعاية التي تقتضي الإقامة داخل المستشفيات، وأن يساعد أفراد المجتمع على تقبل صور العجز والقصور الماثلة لدى بعض أعضائه، وكيف يتبنى نحوهم اتجاهاً يتسم بمزيد من التسامح والمرونة.

5ـ التعاون مع المتخصصين في فروع العلوم المختلفة للقيام بهذا الدور.

6ـ ألا يسمح لنفسه بالتأثر بالضغوط الاجتماعية المختلفة التي تحيط بعمله.

ج ـ دوره في التوجيه المهني:

يقوم المرشد بمساعدة المسترشد في الحصول على المعلومات اللازمة عن المهنة وميزاتها وصعوباتها وما تتطلبه؛ فالتركيز في الإرشاد المهني يكون على الفرد وليس على المعلومات فقط ليتمكن الفرد من قدراته وصراعاته. ولهذا يرى تولبرت Tolbert، 1974 أنه من غير الممكن مساعدة شخص ما في اختيار مهنته وبطريقة فعالة دون اعتبار أو معرفة المجالات الأخرى في حياته مثل الحاجات والصراعات أو علاقته بالآخرين.

وبناءً على ذلك تتضمن مهام المرشد المهني مايلي:

1ـ العمل على معرفة استعدادات وقدرات وميول ورغبات المسترشد المهنية، سواء عن طريق المقابلة أو عن طريق الاختبارات، وذلك لبيان أهم السمات الشخصية للمسترشد، وخصوصاً عندما يتم اختيار وانتقاء العناصر أو المجندين في القوات المسلحة وتوزيعهم على صنوف الأسلحة المختلفة وفقاً لقدراتهم واستعداداتهم.

2ـ تقديم العناية والمساعدة للمسترشدين ليتمكنوا من رفع كفاءاتهم ومهاراتهم المهنية، وذلك لزيادة إتقانهم لعملهم والدقة فيه، وزيادة الإنتاج في آن واحد.

3ـ تطوير الاتجاهات الشخصية والاجتماعية الإيجابية عند الطلاب نحو الأعمال في المجتمع والقائمين بها.

4ـ تزويد المسترشدين بالمعلومات الكافية عن المهن الموجودة في المجتمع مع بيان المزايا والمشاكل لكل مهنة، وذلك ليتمكنوا من اختيار المهنة المناسبة ويكونوا مسؤولين عن قرارهم هذا.

5ـ العمل على مساعدة المسترشدين من أجل عدم التسرع، والصبر وتحمل الصعاب في اختيار المهنة المناسبة، لأن ذلك يحميهم من اختيار مهن لا تناسبهم ويضطرهم إلى استبدالها بمهنة أخرى (الزعبي: 1994، 246).

د ـ برامج الإرشاد الأسري:

إن عمل المرشد الأساسي يكون في مساعدة الأسرة على حل المشكلات التي تواجهها، حيث إن الكثير من مشكلات الأسر بسيطة ولا تستطيع بنفسها إيجاد مخرج لها، وعلى المرشد النفسي أثناء مساعدته الأسرة في حل مشكلاتها ألا تكون نظرته قصيرة المدى بعنايته بالمشكلات الأسرية الطارئة، بل لابد أن تكون نظرته واسعة، وأن يعرف المعوقات التي تعوق الأسرة عن حل مشكلاتها بنفسها والتي تكون المسؤولة بشكل مباشر عن مشاكلها، وأن يبصر الأسرة بها من خلال الشرح والإيضاح والفهم. فعمل المرشد الأساسي كما يرى "بل" (1975،Bell) هو مساعدة الأسرة في الوصول إلى حلول لمشاكلها بنفسها ولنفسها وليس فقط تقديم المعلومات لها من قبل المرشد، وهذا من شأنه أن يساعد الأسرة ليس فقط في حل مشكلاتها المالية وإنما أيضاً إكسابها خبرات إيجابية في التعامل من المواقف المستقبلية

ولهذا، يقوم المرشد النفسي في هذا النوع من الإرشاد بدور الموجه، كما يُعد المقابلات ويبنيها، ويستخدم سلطاته المهنية في تحديد القواعد والعلاقات الأسرية القائمة، والتدرج الهرمي داخل الأسرة. كما يلجأ إلى التعليم والإقناع أو انتقاد مسترشديه إذا لزم الأمر، بالإضافة إلى ذلك فعليه قبول مشاعر أعضاء الأسرة وانفعالاتهم: كما وصف "بل" (Bell،1961) و" فورت" (Fort،1976) المرشد الأسري بأنه واحد من المتخصصين الذين يقومون بمساعدة الوالدين والأسرة على ممارسة ضوابط تدريجية معقولة على سلوكهم وسلوك أطفالهم خلال فترة الإرشاد النفسي، ومساعدتهم أيضاً على الحديث عن مشكلاتهم، مع إعطاء الوالدين توجيهات بعدم ممارسة سلطتهم على الأبناء بصورة خاطئة أو غير عادلة خاصة أثناء الموقف الإرشادي. بالإضافة إلى ذلك فإن مهمة المرشد النفسي الأسري أن يكبح جماح نفسه من أن يصبح منافساً للأبوين في العطف على الابن، ويشجع الابن (المسترشد) على الحديث والتعبير عن ذاته (Scovern and et al ،1980 ،268-275)).

واقترح "أكرمان" (Ackreman ،1962) أن يتقلد المرشد دور الصديق الرزين أو الحكيم. وقد أشار "جروتجان" (Aeotjan ،1960) إلى أن المرشد النفسي يسعى إلى فهم المشكلات الأسرية التي يكمل بعضها بعضاً ويعمل على علاجها. ويرى "وايتاكر" (Whitaker.1965) أن دور المرشد الأسري هو توجيه الفيضان الوجداني للحياة الفصامية التي يحياها المريض بحيث يجعلها موضع تركيز وتأمل (.Patterson.1965;262-271).

هـ برامج الإرشاد الإرشاد الزواجي:

ومن المهام التي يقوم بها المرشد في هذا المجال:

1) التعزيز الإيجابي للسلوك، وذلك بتدريب كلا الزوجين على مهارات ضبط النفس لمواجهة التوترات والضغوط التي تصاحب الحياة الزوجية..

2) التدريب على التحديد الدقيق لعبارات الزوجين، وذلك بمساعدة الزوجين على تحديد شكواهم ورغباتهم في عبارات سلوكية محددة.

3) على الأزواج في أثناء الجلسة الإرشادية أن يكونوا راضين وغير متوترين.

4) التعاقد المشروط والتعاقد بحسب النوايا، بحيث يساعد المرشد النفسي الزوجين على إبرام عقد واضح بينهما ينص على ما سيقوم به كل طرف تجاه الطرف الآخر، وما هي النتائج

الإيجابية التي تترتب على ذلك حين يتم ذلك السلوك المتفق عليه كما تحدد الجزاءات أو يفشل أحد الطرفين بالالتزام بهذا التعاقد.

وللمرشد دور مهم في الإرشاد الزواجي الجماعي والذي يتم على شكل جماعات تتكون من (3- 4) أسر (زوج وزوجة) بحيث يمكن استخدام أساليب لعب الأدوار، والتبادل العكسي للأدوار، والتغذية الراجعة. وفي هذه الطرائق يشجع المسترشدون على مناقشة مشكلاتهم الفعلية وأنماط سلوكهم المحيطة لذاتهم ويشجعوا على تحديد السلوك المرغوب الذي يمكن أن يقوموا به لمواجهة المشكلة. وفي هذا الأسلوب يثبط المرشد النفسي كل محاولة من جانب أحد الزوجين للشكوى أو عرض عيوب الطرف الآخر، كما يثبط كل محاولة لتحديد على من يقع اللوم أو من المخطئ، لأن ذلك لن يضيف شيئاً للتوصل إلى حل المشكلة، ولهذا يشجع المسترشدون على تحديد مشكلاتهم وما الذي ينبغي أن يقوموا به لحلها.

الخدمات التي تقدمها برامج الإرشاد النفسي:

يبدو مما سبق أن البرامج الإرشادية تقدم مجموعة من الخدمات الإرشادية، وذلك في ضوء الاحتياجات والأهداف التي يسعى إلى تحقيقها عند المسترشدين، وأهم تلك الخدمات، هي مايلي:

1ـ الخدمات الإرشادية: تتضمن خدمات الإرشاد التربوي والنفسي، والأسري والديني، والإرشاد المباشر وغير المباشر، والإرشاد الفردي والجماعي.

2ـ الخدمات النفسية: وتتمثل في فحص وتقدير وتشخيص المشكلات النفسية من خلال استخدام أدوات الفحص والتشخيص المعروفة كالاختبارات والمقاييس والمقابلات، ودراسة الحالة.. وفي ضوء ذلك التشخيص تقدم الخدمات الإرشادية للأفراد الذين يعانون من صعوبات في التوافق على المستوى النفسي والشخصي.

3ـ الخدمات التربوية: تقوم هذه الخدمات بتوجيه الدارسين نحو الأساليب التي تزيد من دافعيتهم للحصول على أداء أفضل، وتطوير المناهج وطرائق التدريس، ومعالجة المشكلات الناجمة عن سوء التوافق الأكاديمي لدى الطلاب.

4ـ الخدمات الاجتماعية: وتسعى هذه الخدمات لتقديم دعم معنوي للعلاقات الاجتماعية بين الفرد ومؤسسات المجتمع، ومساعدة المؤسسات الاجتماعية على حل بعض المشكلات التي

تعوق نموه وتطوره. كما يمكن أن يستفيد البرنامج من مؤسسات المجتمع في تقديم الدعم اللازم لإنجاحه.

5ـ الخدمات الصحية: وتشمل التربية الصحية، والوعي بقضايا النظافة، والصحة العامة والصحة الإنجابية، وكذلك تقديم الدعم لأفراد المجتمع ووقايتهم من أخطار التدخين والمخدرات والسلوك الإجرامي وغيرها من السلوكيات التي تؤثر سلباً على توافق الفرد النفسي والاجتماعي والإنتاجي.

6ـ خدمات البحث العلمي: وتتضمن إعداد وسائل وأدوات الإرشاد النفسي بشكل موضوعي، والقيام بدراسات حول مسائل الكشف عن الاضطرابات النفسية في المجتمع وتشخيصها ووضع الحلول اللازمة لها.

7ـ خدمات البيئة الخارجية: وتتضمن إقامة علاقة طيبة مع مؤسسات المجتمع المحلي، وتزويد تلك المؤسسات بالخدمات التربوية والنفسية، والتي تنعكس إيجابياً على أفراد المجتمع.

8ـ خدمات تدريبية وتأهيلية: وتعني تدريب الطلاب وخصوصاً طلاب الدراسات العليا على أساليب الإرشاد النفسي، وكذلك تدريب العاملين في المؤسسات المختلفة حول كيفية استثمار طاقاتهم بشكل جيد وزيادة فعاليتهم في مجال العمل، وتأمين مستلزماتهم من الأدوات والمقاييس النفسية المختلفة.

9ـ خدمات المتابعة: وتعني متابعة الحالات بعد العلاج للتأكد من استمرار أثر البرنامج في تحقيق أهدافه.

ونستنتج من كل ما سبق، إن البرنامج الإرشادي عبارة عن استراتيجية علمية منظمة يستند على مقومات وأسس راسخة من واقع الإرشاد النفسي في نظرته إلى الإنسان ككل، وله أهداف أصيلة وإنسانية في مساعدة الأفراد الذين يطلبون المساعدة لتنمية تلك المهارات والقدرات التي يجهلون طرائق تنميتها بطريقة سليمة، وكذلك الأفراد التي تقف في طريقهم بعض المعوقات التي تحرمهم من التوافق الفعال مع الذات والآخرين، ولا يتم ذلك إلا عن طريق إنسان مخلص، يضع نصب عينه مساعدة الآخرين وإزالة كل العقبات أمامهم للوصول بهم إلى التوافق الناجح مع واقعهم الذاتي والاجتماعي.

الفصل الثاني
أشكال البرامج الإرشادية وتصنيفاتها

أولاً . أشكال البرامج الإرشادية:

- البرامج المنهجية وغير المنهجية
- برامج حسب أهدافها.
- برامج حسب مجالات الإرشاد.
- برامج حسب السمة الغالبة فيها.

ثانياً تصنيف البرامج الإرشادية، حسب:

- الفئات المستفيدة منها.
- مشكلة المسترشد.
- مجالات الإرشاد.
- النظرية الإرشادية المستخدمة
- الفنيات أو الاستراتيجيات المستخدمة
- دور المرشد والمسترشد.
- مكان تطبيقها.
- تقنيات التواصل والاتصال
- المنهج المتبع.

الفصل الثاني
أشكال البرامج الإرشادية وتصنيفاتها

مقدمة:

هناك العديد من البرامج الإرشادية والعلاجية التي قام بإعدادها علماء الصحة النفسية والإرشاد النفسي استناداً إلى الأسس النظرية لمدارس الإرشاد النفسي المختلفة التي تتماشى مع طبيعة المشكلة التي يعاني منها المسترشد، كالمشكلات المهنية والمشكلات التربوية والمشكلات النمائية والمشكلات الشخصية والمشكلات الاجتماعية والمشكلات النفسية، والمشكلات الانفعالية، والمشكلات الصحية. كما تتماشى هذه البرامج أيضاً مع شدة المشكلة واستمراريتها وخطورتها على الصحة النفسية للفرد، وبدايتها ومآلها والآثار السلبية التي تتركها في الفرد والمجتمع.

أولاً ـ أشكال البرامج الإرشادية:

عندما ننتقل إلى برامج الإرشاد النفسي، نجد العديد من الأشكال والأنواع، بعضها غير مبني على أسس علمية، وبعضها الآخر يتخذ المنهج العلمي دليله في بناء هذه البرامج، وأهم أشكال تلك البرامج كما وردت في الأدب النظري والتطبيقي لعلم النفس الإرشادي مايلي:

1 ـ البرامج المنهجية وغير المنهجية:

وتتمثل في الآتي:

أ. البرامج غير المنهجية:

وهي البرامج التي تُعطى بصورة عفوية وآنية في محاولة مواجهة مشكلة ما عند المسترشد من خلال وضع الحلول المناسبة لها، وغالباً ما تكون مرتجلة، وتعتمد على الخبرة الذاتية لدى المرشد بناء على خبراته السابقة في التعامل مع المشكلات الشبيهة بالمشكلة الحالية. بمعنى آخر إن تعامل المرشد مع المشكلة لا يمر بالمراحل الأساسية في فحص حالة المسترشد فحصاً دقيقاً من خلال الأعراض والأسباب، ولا من حيث تحديد طبيعة المشكلة وشدتها والعوامل التي تقف خلفها، ولا يعتمد على أي أساس تشخيصي في تحديد هوية المشكلة سواء أكانت مشكلة

تربوية أم مشكلة انفعالية انعكست على أداء المسترشد الاجتماعي أو الشخصي، وإنما ينظر إلى المشكلة من خلال رؤية ذاتية بأنها ـ كما يعتقد المرشد ـ مشكلة تربوية من دون استخدام الأساليب والمقاييس النفسية في الكشف عنها. كذلك لا يستخدم المرشد الأساليب العلمية في بناء البرنامج الإرشادي من حيث الإعداد، ووضع الفرضيات، وتجريب البرنامج، ومتابعة الحالة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج، ولا يُشرك بعض المهتمين برعاية المسترشد في مساعدته في تنفيذ بعض جوانب البرنامج، إذا كان يستلزم تطبيق جزء منه في المنزل كحالة التبول اللاإرادي لطفل ما.

وعموماً، عندما تكون مساعدة المرشد لحالة المسترشد أكثر عمومية وتفتقر إلى الموضوعية والتخصص الدقيق، والفهم الشمولي للمشكلة، فإن الإرشاد يسمى عندئذ "بإرشاد المصاطب" التي ينظر إلى المشكلة وعلاجها من وجهة نظر ذاتية، ودونما أساس علمي يدعمها.

ب ـ البرامج المنهجية:

هي البرامج المعدّة على أسس علمية وعملية، لها أصولها وقواعدها، تسعى إلى تقديم الخدمات النفسية للأفراد المحتاجين إليها بطريقة واعية، آخذة في الاعتبار النظرة الشمولية للمشكلة، من حيث الفحص والتشخيص وجمع البيانات والمعلومات الكافية عنها. كذلك وضع البرنامج الإرشادي بناء على طبيعة المشكلة، الذي يمر بمراحل عديدة، يشترك فيه أكثر من متخصص (فريق العمل الإرشادي) بدءاً من المرحلة التمهيدية وصولاً إلى نهاية العلاج والمتابعة، مع إشراك المسترشد في عملية الإرشاد من بدايتها إلى نهايتها، ومتابعة الحالة لمعرفة التغير الحاصل لدى المسترشد نتيجة للتدخل الإرشادي. كذلك فالبرامج الإرشادية المنظمة يكون مخططاً لها بشكل كامل، ويجري تطبيقها في أماكن محددة كالعيادة أو المركز الإرشادي أو أي مكان مهتم بتقديم الخدمات الإرشادية للآخرين.

ويعني ذلك، أن البرامج المبنية على أسس علمية ديمقراطية من حيث توزيع الأدوار بين المرشد والمسترشد لها أثر طيب في إحداث التغير المطلوب في شخصية المسترشد. إضافة إلى ذلك، فالمرشد الذي يتمتع بمجموعة من الخصائص النفسية والمهنية والفلسفية ويبني أحكامه بناء على معطيات علمية دقيقة وليس على خبرة ذاتية، مع تخصيص وقت كاف للقيام بعملية الإرشاد التي ربما تستغرق وقتاً قد يطول، وقد يقصر بناء على طبيعة المشكلة وعلى استعداد

المسترشد لتقبل الإرشاد وعلى العلاقة القائمة بينهما، فإن الأمر ينعكس إيجاباً على طبيعة العلاقة بينهما وعلى النتائج المترتبة على هذا التدخل.

فعلى سبيل المثال، عند تصميم برنامج إرشادي في المدرسة ينبغي أن تكون جميع قنوات الاتصال مفتوحة بين المرشد وأعضاء الهيئة التعليمية والفنية والإدارية في المدرسة من حيث توزيع الأدوار والمهام التي ينبغي أن يقوم بها كل من المدرس أو المدير أو الموجه لعملية الإرشاد، ولا يفرض البرنامج عليهم فرضاً ليقوموا بتطبيقه أو المشاركة في تنفيذ بعض أجزائه، وإنما يوضع البرنامج نتيجة لمشكلة ملحة تحدث داخل المدرسة، حيث يشعر الجميع بضرورة التصدي لها لدى طالب محدد (مسترشد) أو لدى مجموعة من الطلبة، وذلك لكي يعطي البرنامج ثماره المرجوة منه بناء على ما خطط له لإحداث تحسن في سلوك المسترشد: أكاديمياً، وسلوكياً، وانفعالياً، ونفسياً، واجتماعياً. كما يتوافر في هذه البرامج الدقة والشمولية والتخطيط والواقعية في تطبيقه آخذاً في الاعتبار الإطار المرجعي الثقافي للبيئة التي يطبق فيها، مع ضرورة التقويم المستمر له، والنظر إلى التكلفة المادية والجهات الممولة لهذا البرنامج بعين الاعتبار.

2 ـ البرامج الإرشادية حسب أهدافها:

وعلى العموم، فقد صنفت البرامج الإرشادية في أشكال أو فئات عدة وفق الأهداف المرجوة منها، فنجد على سبيل المثال لا الحصر:

أ. البرامج التقييمية: Assessment-Programs

وهي البرامج التي تستخدم لمعرفة كفاءة أداء أو أسلوب أو خطة ما، وذلك من حيث التغير في السلوك أو الأداء أو الأسلوب لدى المجموعة المستهدفة بعد تطبيق البرنامج. ومثال ذلك برنامج تقويمي لأداء كفاءة المعلمين في التدريس والحاصلين على دبلوم التأهيل التربوي.

ب ـ البرامج التقليدي: Tradiatinal-Programs

وتقوم هذه البرامج على أسس ثابتة لا تتغير بالرغم من تغير الظروف الثقافية والاجتماعية في البيئة المستهدفة للمسترشد. فهي عبارة عن نمط ثابت من الإجراءات الإرشادية التي يقوم بها المرشد مع المسترشد كجمع المعلومات عن المشكلة، وتشخيصها، ثم وضع برنامج إرشادي قائم فنيات الإرشاد التقليدية، ومن دون مراعاة للفروق الفردية بين المسترشدين.

ج ـ البرامج الإصلاحية: Corrective-Programs

وهي البرامج التي تخطط لإحداث تغيير في بنية المجتمع سواء من ناحية السياسية أو الاقتصادية أو الاجتماعية أو التربوية من نمط قديم إلى نمط أكثر حداثة ومشبع لحاجات الأفراد، كما هو الحال في برامج الوقاية من المخدرات، والأمراض المعدية (كانفلونزا الخنازير) وكذلك البرامج التربوية التي تسعى لاكتشاف المشكلات الأكاديمية والنفسية عند التلاميذ، كالبرنامج الاستكشافي الذي قام به بينيه عام (1904) عندما طلبت منه وزارة التعليم الفرنسية البحث عن أسباب تأخر التلاميذ تحصيلياً في المدارس الابتدائية.

3. البرامج الإرشادية حسب مجالات عملها:

وتتضمن هذه البرامج في الغالب مايلي:

أ. البرامج التربوية: Educational Programs

وهي البرامج التي تقدم لتحسين العملية التربوية والتعليمية، سواء فيما يتعلق منها بالمنهج الدراسي أو النظام التربوي، أو المشكلات التي تعوق تحقيق المدرسة لأهدافها التربوية.

ب ـ البرامج النفسية التربوية: Psychoeducational Programs

تؤكد هذه البرامج على أهمية التربية النفسية وأثرها الإيجابي في عملية الإرشاد النفسي، حيث تستخدم طرقاً تربوية نفسية متكاملة. ويعدُ الإرشاد النفسي مجالاً بينياً (Inter-disciplinary) تمتد جذوره إلى التربية والإرشاد النفسي، وهو تخصص داخل ميدان الإرشاد يتطلب إعداداً أكاديمياً في الإرشاد والتربية وعلم النفس وخبرة إكلينيكية متميزة، وهذه البرامج تنظر إلى المرشد بوصفه معلماً، وإلى التدريب باعتباره إرشاداً، وإلى المسترشد باعتباره متعلماً ـ أكثر منه مريضاً ـ باعتبار أنَ المسترشد تنقصه مهارات يحتاج إلى تعلمها، مثل: مهارات التفاعل الاجتماعي، ومهارات الاسترخاء، ومهارات التفكير العقلاني، حيث يتم التركيز في هذه البرامج على الجوانب التربوية، وهدف المرشد النفسي هو تعليم المسترشد (الطالب) كيفية التعامل مع ضغوط الحياة اليومية.

ومثال ذلك: إبراز أهمية التعاون بين طلبة الصف في تحسين التفاعل الاجتماعي فيما بينهم وتخفيف حدة الشعور بالوحدة والعزلة عند بعض الطلاب، حيث يقوم المرشد النفسي بتعريف الطلبة أهمية العمل التعاوني الجماعي وانعكاساته على الفرد والجماعة، وبناء على ذلك يقسم

طلاب الصف إلى مجموعات فرعية صغيرة، ويطلب منهم القيام بمهمة مساعدة الطلاب الأصغر سناً على الدخول إلى الصف بنظام وتعريفهم بالبرنامج اليومي لعمل المدرسة والأنشطة الترفيهية. وبعد الانتهاء من قيام كل مجموعة فرعية بالمهمة المطلوبة منها يطلب منهم المرشد الحديث عن مشاعرهم حيال العمل الذي قاموا به، ودرجة تعاونهم مع بعضهم، وما تعلموه من وراء ذلك.

هذا، وتتنوع البرامج التربوية النفسية، فنجد برامج تعليم التفكير. ومن أهم هذه البرامج مايلي:

- برامج العمليات المعرفية: **Cognitive Operation**

تركز هذه البرامج على العمليات أو المهارات المعرفية للتفكير، كالمقارنة والتصنيف والاستنتاج، حيث تهدف إلى تطوير العمليات المعرفية وتدعيمها كطريقة يمكن من خلالها تطوير القدرة على التفكير المنطقي. وخير مثال نظرية العلاج المعرفي، ونظرية العلاج العقلاني الانفعالي.

- برامج العمليات فوق المعرفية: **Meta Cognitive Operation**

تشير هذه البرامج إلى أن التفكير موضوع قائم بذاته، وأن تركيزها ينصب على تعليم مهارات التفكير فوق المعرفية التي تسيطر على العمليات المعرفية، حيث تهدف هذه البرامج إلى تشجيع التلاميذ على التفكير حول تفكيرهم.

- برامج الإرشاد اللغوية والرمزية: **Language and Symbol Manipulation**

تهدف هذه البرامج إلى تنمية مهارات التفكير في الكتابة والتحليل والحجج المنطقية بالحاسوب كبرامج التغذية الراجعة البيولوجية بالحاسوب.

- برامج التعلم بالاكتشاف: **Euristic-Oriented Learning**

تهدف هذه البرامج إلى تزويد الطلاب بعدة استراتيجيات لحل المشكلات في المجالات المعرفية المختلفة، والتي يمكن تطبيقها بعد توعيتهم بالشروط الخاصة الملائمة لكل مجال.

- برامج تعليم التفكير المنهجي: **Formal Thinking**

تسعى هذه البرامج إلى تزويد الطلاب بالخبرات والتدريبات التي تنقلهم من مرحلة العمليات المادية إلى مرحلة العمليات المجردة التي يبدأ فيها تطور التفكير المنطقي والعلمي، مثل برامج الحل الإبداعي (ملحم: 2007، 246).

ج ـ البرامج الطبية: **Medical Programs**

إذا كان المسترشد يشك بوجود ضعف جسمي أو إعاقة جسمية لديه يمكن أن تُعيق تطوره وتوافقه النفسي والاجتماعي، فإنه لا بد عندئذ من إحالة المسترشد إلى طبيب عام أو طبيب متخصص أو إلى طبيب نفسي من أجل تشخيص المشكلة التي يعاني منها المسترشد، وذلك عندما يشك المرشد أن هذه المشكلة تحتاج إلى تشخيص تفريقي، لأن بعض أعراضها تبدو جسمية أكثر منها نفسية، وأن التدخل الطبي قد يساعد على التخفيف من حدة المعاناة لدى المسترشد كاضطرابات الكلام أو التبول اللاإرادي، وما شابه ذلك من الاضطرابات النفسية الجسدية.

وهنا يتم تعامل الطبيب مع المسترشدين الذين يعانون من اضطرابات سلوكية ونفسية وبدنية (سيكوسوماتية)، حيث يكون التركيز على تشخيص وعلاج الأمراض النفسية والجسدية كقرحة المعدة أو الإدمان على المخدرات وغيرها من الاضطرابات الجسدية ذات المنشأ النفسي أو الأمراض الجسدية التي لها آثار نفسية كالشلل النصفي أو بتر الأطراف نتيجة لحادث ما، وبالتعاون مع المرشد النفسي يتم وضع البرنامج الإرشادي المناسب مع تحديد دور كل منهما في التدخل العلاجي.

د ـ البرامج التدريبية: **Training Programs**

وتعني البرامج التي تقدم لزيادة فاعلية فرد أو مجموعة من الأفراد لأداء المهام الموكلة لهم بصورة صحيحة وناضجة. وبعبارة أخرى هي البرامج المنظمة والمخططة في ضوء أسس علمية وتربوية، وقد تستغرق عدداً من الجلسات، وتتضمن مجموعة من الأنشطة والمهام اللغوية والبدنية والحركية والمهارية يقوم بها الأطفال خاصة، وذلك لتحسين توافقهم النفسي أو الاجتماعي أو الحركي.

هـ ـ البرامج التوجيهية: **Orientation programs**

وتقدم هذه البرامج في مجال التوجيه التربوي والمهني، وذلك من خلال تقديم المعلومات للأفراد المحتاجين إليها بهدف اختيار المهنة أو الدراسة المناسبة.

و ـ البرامج الإرشادية والعلاجية: **Counseling Program**

وهي البرامج التي سوف نتحدث عنها بشيء من التفصيل في هذا الكتاب.

4 ـ البرامج الإرشادية حسب السمة الغالبة فيها: وتشمل: ـ

أ ـ البرامج الخطية : Inear Programs

وهي البرامج التي تعالج مشكلة ما وفق رؤية واحدة فقط، دون النظر إلى التغيرات التي أفرزتها تلك المشكلة.

ب ـ البرامج المرنة : Flexible Programs

وهي البرامج التي تستخدم أكثر من أسلوب، ويمكن تعديلها وفقاً لطبيعة العينة المستهدفة والمتغيرات المتدخلة.

ج ـ برامج مختصرة : Brief- Programs

تعدُ البرامج الإرشادية المختصرة أو المصغرة أو قصيرة المدة الزمنية نوع من البرامج التي تُقدَّم لمعالجة مشكلة بسيطة حدثت في النظام السلوكي لدى الفرد، أي معالجة جزئية من المجموع الكلي للمنظومة، وتتطلب مساعدتهم ليصبح سلوكهم فعالاً خلال فترة قصيرة من الجلسات الإرشادية. ومن ميزات هذه البرامج أن عدد جلسات لا يزيد عن سبع جلسات، والمدة الزمنية لكل جلسة لا تتعدى (45) دقيقة.

وتتضمن إجراءات الجلسات في هذه البرامج: التنفيس الانفعالي، والشرح والتفسير، والتعلم والتطبيق، حيث يركز على تنمية مهارات السلوك، وعلى الإطار المرجعي للمسترشد.

د ـ برامج طويلة : Loniger Programm

وهي بعكس البرامج الإرشادية المختصرة، إذ تتناول المشكلات والاضطرابات النفسية الشديدة التي تحتاج إلى إعادة بناء شخصية العميل بشكل كلي، كما في حالات الاكتئاب الشديد أو الفصام الخفيف، حيث يتراوح عدد الجلسات ما بين (20-40) جلسة، والمدة الفاصلة بين الجلسة والأخرى لا تزيد عن ثلاثة أيام، وقد يزيد زمن الجلسة عن ساعة. وتعرف البرامج القائمة على نظرية التحليل النفسي بأنها طويلة في الغالب، وتنسب هذه الطريقة إلى أسلوب سيجموند فرويد في العلاج النفسي لمرضاه. ولمزيد من الاطلاع يمكن الرجوع إلى كتاب فرويد خمس حالات علاجية للتعرف على أسلوبه في علاج مرضاه.

هـ ـ البرامج المتكاملة: **Integrated Programs**

وتعني البرامج التي تستخدم مجموعة من التقنيات المختلفة لمعالجة ظاهرة من الظواهر العامة أو الشخصية التي لها مجموعة من الأسباب والعوامل التي أدت إليها. ومثال ذلك معالجة الطفل الذي يعاني من التبول اللاإرادي، حيث يشمل البرنامج على سبيل المثال تقنيات العلاج السلوكي والعلاج الطبي والعلاج الأسري، بهدف تحقيق أكبر قدر من النجاح على المستوى السلوكي والمعرفي والوجداني والجسمي والاجتماعي لدى مسترشد يعاني من اضطراب أو مشكلة شديدة غير واضحة المعالم. فقد يلجأ مرشد نفسي يتعامل مع مسترشد يعاني من الإدمان على المخدرات إلى بناء برنامج قائم على:

- العلاج المعرفي السلوكي.
- العلاج الطبي (الدوائي).
- العلاج الاجتماعي.
- العلاج البيئي.

ثانياً ـ تصنيف البرامج الإرشادية:

أظهرت الدراسات والأبحاث في مجال الإرشاد والعلاج النفسي مجموعة من التصنيفات للبرامج الإرشادية وذلك وفقاً للأهداف التي تسعى إلى تحقيقها، والعينة المستهدفة، والمناهج المتبعة والمدرس الإرشادية التي تتبناها، وأهم هذه التصنيفات في هذا المجال مايلي:

1. تصنف البرامج الإرشادية حسب المستفيدين منها:

أ ـ البرامج الإرشادية للأطفال: **Children Counseling Program**

يرى العديد من علماء النفس أن لهذه الفئة العمرية خصائصها المميزة نفسياً وجسمياً وعقلياً، لذلك فإن تقديم الخدمات الإرشادية لهم عبر برامج وقائية ونمائية وعلاجية يساعدهم على التخفيف من حدة المشكلات النمائية والانفعالية والاجتماعية التي يعانون منها، مثل: اضطرابات، كالإفراط في الطعام أو فقدان الشهية، واضطرابات الإخراج كالتبول والتغوط، والاضطرابات الانفعالية كالعناد الشارد والعصبية والخوف، والمشكلات الاجتماعية كالعزلة والتوحد، واللغوية كالبكم الاختياري والإبدال، واللجلجة، ومشكلات التعلم كالتأخر وصعوبات التعلم، ومشكلات التعود (العادات) كمص الأصابع، وقضم الأظافر..إلخ.

كما أن الإرشاد لا يقتصر على التعامل مع مشكلات واضطرابات الطفولة النمائية والانفعالية والتواصلية، بل يتعداه إلى بناء برامج تساعد في تشكيل شخصية الطفل بطريقة سوية، ومساعدته على النمو السوي والإيجابي نفسياً وتربوياً واجتماعياً وتحصيلياً، وحل مشكلاته بالطريقة التي تضمن له التوافق النفسي مع الآخرين. ومثال على ذلك مايلي:

برنامج إرشادي لتنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال المحرومين من الرعاية الوالدية، وبرنامج إرشاد سلوكي لخفض النشاط الزائد لدى الأطفال، وفاعلية برنامج تدريبي للحد من مخاوف الأطفال. فقد قام "شامبيرس وفيلستين" Chambers & Phylistine (1992) بدراسة للتعرف إلى مدى فعالية استراتيجية معرفية مصممة لتخفيف قلق الانفصال لدى الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة، وذلك على عينة قوامها (10) أطفال في سن ما قبل المدرسة، مسجلين بفصول الطفولة المبكرة بإحدى المدارس الحكومية العامة، وتعتبر هذه هي أول خبرة لهم بالمدرسة. وكان كل طفل من هؤلاء الأطفال يعاني من تأخر في مجالين على الأقل من مجالات النمو الستة الآتية: الاجتماعي، والعاطفي، والمعرفي، والنفسي، والجسمي، والثقافي، وكان هؤلاء الأطفال، يعانون من قلق انفصال حاد. وقد تم قياس سلوك الأطفال باستخدام "قائمة المهارات الاجتماعية"، كما تم الاحتفاظ بسجلات خاصة بسلوك كل طفل، وأمتد البرنامج أثنى عشر أسبوعاً.

أما الأساليب المستخدمة في خفض قلق الانفصال فقد اشتملت على ما يلي:

1) عرض صور فوتوغرافية لأسر الأطفال.

2) إخبار الأطفال بأماكن وجود آبائهم.

3) تشغيل أشرطة صوتية للوالدين أثناء قراءتهم لقصة أو غناء أغنية ما.

4) تشجيع الأطفال على بناء منازل بالمكعبات والتظاهر بأنهم ذاهبون إلى المدرسة.

5) مساعدة الطفل على أن يخطط لذهابه إلى المدرسة يومياً.

6) تشجيع الأطفال على أخذ بعض الأشياء المدرسية إلى المنزل، وبصفة خاصة الأشياء التي استخدموها في المدرسة.

7) الوعي بمؤشرات قلق الانفصال وما تشتمل عليه هذه المؤشرات من بكاء ورفض لتناول الطعام ومص الأصابع.

وقد بينت نتائج الدراسة أن جميع الأطفال الذين انفصلوا عن والديهم قاموا بالمشاركة في الأنشطة الكاملة داخل الفصل يومياً دون إظهار أي سلوكيات خاصة بقلق الانفصال.

وقد قدم "ستشندر" Schneider، 1986برنامجاً علاجياً يهدف إلى تحقيق الكفاءة الاجتماعية لدى الأطفال المضطربين انفعالياً من خلال التدريب على المهارات الاجتماعية، حيث تكون البرنامج من (29) جلسة، ولمدة (12) أسبوعاً. واشتمل البرنامج على سلسلتين رئيسيتين من العلاج:

أ. مواجهة الصراع الناتج من (المضايقة، والعدوان من الأقران، والتعامل مع غضب الآخرين، تقبل الفروق الفردية، والاحباطات).

ب ـ تكوين الصداقات (تحية الآخرين، إظهار البغض، رفض المطالب اللاعقلانية ومواجهة الفشل والنبذ).

واستخدم البرنامج الأساليب الآتية: حل المشكلة، النمذجة، إعادة البناء المعرفي، كفنيات تدخل أساسية مزودة بـ (لعب الدور، التخيل المبدئي الموجه، حديث الذات الموجه).

وقد أعدّت " سليمان" (2003) برنامجاً تدريبياً لتنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال الذين يعانون من فوبيا المدرسة، والذي يساعد الطفل على تنمية المهارات الاجتماعية على مواجهة المواقف التي تثير الفوبيا داخل المدرسة دون حدوث أي توتر أو انزعاج، وكذلك خفض فوبيا المدرسة وتحسين الصحة النفسية للتلاميذ بشكل عام.

وقد تضمن البرنامج الخطوات التالية:

أ. الفئة المستهدفة: أعد هذا البرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية لمرحلة الطفولة المتوسطة من (6–9) سنوات، حيث اختيرت عينة البرنامج من تلاميذ المرحلة الابتدائية والتي تتراوح أعمارهم ما بين (7–8) سنوات والتي بلغت (20) طفلاً وطفلة.

ب ـ أهداف البرنامج: تنقسم أهداف البرنامج إلى قسمين:

1ـ الأهداف العامة: يهدف البرنامج إلى تنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى تلاميذ الصف الثاني الابتدائي الذين تتراوح أعمارهم ما بين (7–8) سنوات ممن يعانون من فوبيا المدرسة.

2ـ الأهداف الخاصة (الإجرائية): تتحقق الأهداف الإجرائية من خلال العمل البناء داخل الجلسات، ومن خلال تنفيذ الواجبات المنزلية التي يكلف بها المفحوصون، وهذه الأهداف تتلخص في النقاط الآتية:

1 – إكساب تلاميذ المجموعة التجريبية القدرة على بدء التفاعل مع الأطفال الآخرين لفظياً أو سلوكياً، ويشمل:

ـ التعرف على الآخرين.

ـ مصافحة الآخرين والتحية.

ـ الشكر والاعتذار للآخرين.

ـ زيارة الآخرين من الأصدقاء والأقارب.

ـ كيفية الاستئذان وطلب شيء من الآخرين.

ـ مد يد العون للآخرين.

ـ تخفيف آلام الآخرين والترفيه عنهم وإضحاكهم.

ـ كيفية الإنصات إلى الآخرين وبدء الحديث معهم.

2 ـ إكساب تلاميذ المجموعة التجريبية مهارات التعبير عن المشاعر السلبية لفظياً أو سلوكياً كاستجابة مباشرة أو غير مباشرة لأنشطة وممارسات الأطفال الآخرين التي لا تروق له. وعلى سبيل المثال:

ـ التعبير عن مشاعر الحزن والضيق.

ـ التعبير عما يجول بداخله تجاه شخص يقدم له الأذى.

ـ كيفيه التعامل مع سلوكيات اجتماعية غير مرغوبة.

ـ التعبير عن الغضب مع مراعاة مشاعر الآخرين.

ـ تقبل النقد والتدريب على النقد البناء.

3 ـ إكساب تلاميذ المجموعة التجريبية مهارة التعبير عن المشاعر الإيجابية، وذلك عن طريق إقامة علاقات اجتماعية ناجحة من خلال:

ـ التعبير عن الشعور بالرضا.

ـ مجاملة الآخرين والمناداة عليهم بما يحبون.

ـ مشاركتهم الحديث.

- التعبير عن مشاعر الأسف والندم عند إيذاء الآخرين.
- التعبير عن الثناء ومدح الآخرين.
- الاهتمام بالآخرين والشعور بالسعادة لنجاح الآخرين.
- التعاون مع الآخرين.

4 - إكساب تلاميذ المجموعة التجريبية مهارة الضبط الاجتماعي الانفعالي وتشمل:
- التروي.
- ضبط النفس وضبط مشاعره تجاه الآخرين.
- العفو والتسامح عند المقدرة.
- الثقة بالنفس.
- القدرة على التعبير عن آرائه مع مراعاة أراء وشعور الآخرين
- تعلم العطاء والتسامح.

الإجراءات العملية لتنفيذ البرنامج:

لقد تم انتقاء محتوى البرنامج بناء على الأهداف سالفة الذكر، وما تم جمعه من معلومات من خلال الجلسات الاستطلاعية التي قامت بها الباحثة مع التلاميذ والتي من خلالها تم استكشاف أنواع الأنشطة التي تتناسب مع قدرتهم، وذلك لتدعيم البرنامج وتنويع إجراءاته بما يساعد على تشويق تلاميذ المجموعة التجريبية، وإبعاد الملل عن نفوسهم، تم الاطلاع أيضاً على بعض الدراسات والبرامج الأجنبية والعربية في هذا المجال.

أما الفنيات المستخدمة فهي:

1- النمذجة (Modeling).
2- لعب الدور (Role playing).
3- التغذية المرتدة والتدعيم (Feed Back and Reinforcement).
4- الواجبات المنزلية (Practice).
5- المناقشة (Discussion).
6- المحاضرة (Al lecture).

بينما كانت الوسائل المستخدمة في البرنامج، هي: سرد القصص، استخدام الفيديو والكمبيوتر، تسجيل البيانات، التجارب العملية، التمثيليات (لعب الدور).

وقد استغرقت كل جلسة من جلسات البرنامج (45) دقيقة،وبلغ عدد جلسات البرنامج الحالي في الصورة النهائية (30) جلسة،تم تطبيقها بمعدل (3) جلسات أسبوعياً، وتم تطبيق البرنامج في قاعة الاجتماعات بالمدرسة.

وأخيرا، فقد تم تقويم فعالية برنامج تدريب على المهارات الاجتماعية للمجموعة التجريبية من خلال القياس القبلي والبعدي، والمقارنة بين المجموعة الضابطة والتجريبية، ثم معرفة أثره في انخفاض فوبيا المدرسة للأطفال بعد تطبيق البرنامج0 كما تم تقويم مدى استمرار فعالية البرنامج بعد مرور شهرين من تاريخ انتهاء البرنامج من خلال تطبيق المقاييس المستخدمة مرة أخرى.

ثانياً ـ برامج إرشاد المراهقين: Adolescents Counseling Program

تُعد مرحلة المراهقة من المراحل المهمة في حياة الإنسان، حيث ينتقل المراهق من رحم الأسرة إلى رحم المجتمع الكبير، إضافة إلى انتقاله بدنياً من مرحلة الصغار إلى مرحلة أخرى يكون جسده ناضجاً إلى حد ما ويشبه جسد الرجال، وهذا الانتقال البيولوجي والاجتماعي والانفعالي يتطلب من المراهق الكثير من الأساليب للتعامل مع المواقف الجديدة، فقد ينجح بعضهم، ويفشل بعضهم الآخر، وهذا ما يترك في نفس المراهق العديد المشكلات النفسية والاجتماعية والجنسية، والمشكلات الأكاديمية والصحية والأخلاقية...إلخ

وعلى وجه العموم، فإن تقديم الخدمات التوجيهية والإرشادية والعلاجية يساعد في تنمية شخصية المراهق بشكل فعال، بحيث يستطيع أن يسهم في تقديم الخدمات النافعة لمجتمعه. فهدف هذه البرامج لفئة المراهقين الذين يعانون من مشكلات نفسية واجتماعية هي مساعدتهم على تحقيق التوافق والتوازن النفسي المطلوب بينهم وبين الآخرين، وانعكاس ذلك إيجابياً على أفراد المجتمع. ومثال ذلك برنامج إرشادي للحد من الشعور بالوحدة النفسية لدى المراهقين، برنامج إرشادي قائم على فنية الإرشاد الجماعي في تخفيض أعراض القلق الامتحاني لدى طلبة المرحلة المتوسطة...إلخ

وقد قام "موريارتي ورفاقه 2001،Moriarty et al بدراسة حول نقص المهارات الاجتماعية لدى المتهمين بقضايا جنسية لدى المراهقين، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على إذا ما كان

الذكاء الوجداني من الممكن أن يميز بين المتهمين في قضايا جنسية عن غير المتهمين في مثل هذه القضايا. شارك في الدراسة (15) من المراهقين الذكور المتهمين في قضايا جنسية تراوحت أعمارهم بين (14-17) عاماً، ومجموعة من غير المتهمين قوامها (49) مراهقاً من نفس العمر. وقد استخدمت الدراسة بطارية من الاختبارات المصممة لقياس الذكاء الوجداني ومقياس سمة ما بعد المزاج، ومقياس ديفيس Davis للاستجابة بين الشخصية، وقائمة المشكلات الشخصية. وأظهرت نتائج الدراسة أن المتهمين في قضايا جنسية أعلى في السلوك العدواني، والاهتمام بالمشاعر وأكثر وضوحاً في مشاعرهم، وأقل قدرة على تعديل أمزجتهم السيئة وإطالة مدة مزاجهم الإيجابي.

ب ـ برامج إرشاد الشباب: Youth Counseling Program

الشباب هو المستقبل والرجاء، هو أمل الأمة وعمادها، وهو رمز عزتها وكرامتها وعنوان منعتها، على أكتافه تقع تبعات المستقبل وفي ذمته تتلاقى مسؤوليات الأيام، والشباب قوة وفتوة وسند وثروة، وهو رأس المال الحقيقي، إذا استُثمر بحكمة وأُعِدَّ بفطنة، ووُجِّه التوجيه السليم أفلح وأنتج وحقق الآمال المعقودة عليه في بناء وطن حر عزيز وكريم، إلا أن مرحلة الشباب باعتبارها مرحلة النمو والنماء والتطوير والإنتاج تخضع للعديد من التيارات المتوازنة حيناً والمتناقضة والمتصارعة أحياناً أخرى، والتي تؤدي بهم إلى صعوبة في التوافق النفسي والاجتماعي والحضاري التي تتجلى مظاهرها في ظهور الاضطرابات النفسية والعقلية المختلفة، كالقلق والاكتئاب والفصام والوساوس والسلوكيات غير المتوافقة مع القيم الاجتماعية، كالسرقة والانحرافات الجنسية والإدمان على المخدرات بأنواعها المختلفة، كآلية من آليات التوافق غير السليمة مع الواقع أو هروباً من الواقع المؤلم الذي يعيشه الفرد هرباً من الإحباطات والصراعات والرغبات غير المشبعة في كثير من الأحيان. لذلك فإن هدف هذه البرامج المقدمة لهذه الفئة هي: تقديم خدمات إرشادية وخصوصاً الذين يعانون من مشكلات متباينة يمكن أن تؤثر على توافقهم في حياتهم اليومية الحالية والمستقبلية، وأهم هذه المشكلات: المشكلات الجنسية، والمشكلات الصحية، والمشكلات الأسرية، والمشكلات الأخلاقية والدينية، والمشكلات الحضارية... ومعظم البرامج الإرشادية تتجه الآن لمساعدة هذه الشريحة الواسعة من أفراد المجتمع للحد من المشكلات التي يواجهونها في هذا العالم المتغير، فقد نجد بعض البرامج تركز على مشكلات الإدمان لدى الشباب وبعضها الآخر يركز على المشكلات الأكاديمية، في حين أن

برامج أخرى تركز على المشكلات الصحية والنفسية، ومثال ذلك برنامج إرشادي للحد من مظاهر الاغتراب النفسي لدى الشباب، فاعلية الإرشاد المعرفي الحد من الاكتئاب التفاعلي.

وكمثال على البرامج الإرشادية والعلاجية التي تتناول مشكلات المراهقين والشباب، نعرض بشكل مختصر البرنامج الذي أعدته منى العامري (2001) حول فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الانفعالي في علاج بعض حالات الإدمان. ويتجلى الهدف من البرنامج في خفض الأعراض النفسية والجسدية المتعلقة بالإدمان على المخدرات لدى ثلاث حالات من متعاطي المخدرات في دولة الإمارات العربية المتحدة.

وقد استخدمت الباحثة لإنجاز هذا البحث البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي (بالرغم من استخدام الباحثة للعلاج المتمركز حول العميل، إلا أننا سوف نركز فقط على البرنامج العقلاني الانفعالي)، وهي:

أ- مقياس الطمأنينة النفسية.

ب - استبيان أسباب العودة لتعاطي المخدرات.

ج - اختبار تفهم الموضوع (T.A.T).

أما الفنيات العلاجية التي استخدمتها، فهي:

أ- الفنيات العقلانية/ الانفعالية، وتشمل: التخيل العقلاني الانفعالي، الأحاديث الذاتية الإيجابية، الحوار الفعّال مع الذات، القبول غير المشروط للذات، لعب الدور، عكس لعب الدور، العلاقات البينشخصية، استخدام العمليات والتدريبات الجماعية.

ب - أما الفنيات السلوكية، فتشمل:

أ- منع حدوث الاستجابة.

ب - منع حدوث الانتكاس:

ج - ضبط المنبهات والمحرضات، واستخدام التعزيز، وفرض العقوبات، وإيجاد البدائل، واستخدام المشتتات البدنية (الاسترخاء، الرياضة، تمارين التنفس)، والتدرب على اكتساب المهارات وحل المشكلات.

كما يوجد العديد من البرامج التي تساعد الشباب على خفض السلوك العدواني لديهم بشرط أخذ المتغيرات الشخصية والأسرية والتعليمية المرتبطة بهذا السلوك بالاعتبار. وأهم هذه البرامج:

1. البرامج المبنية على نظرية النمو المعرفي، مثل:

أ. **برنامج التفكير الاجتماعي الأخلاقي**: الذي أعدته جامعة "جورج مارسون"، ويهدف إلى تنمية مهارات السلوك الاجتماعي الإيجابي أو السلوك الاجتماعي المعاصر للمجتمع، مثل التعاطف والإيثار، ومن ثم خفض العدوان.

ب. **برنامج جولدشتين (et al، Goldstein 1998)** والمعروف ببرنامج تدريب إحلال العدوان (Aggression Replocement Training (ART)، ويتضمن ثلاثة مكونات هي: تدفق المهارة Skill-Streaming، إدارة الغضب، والتفكير الأخلاقي.

ج. **برنامج الوقاية من الشغب**: Bullying Prevention Program الذي تم تطويره بجامعة بيرجن بالنرويج ويهدف إلى الحد من الشغب والعدوان بين الطلاب على ثلاث مستويات وذلك لثلاث مجموعات من الطلاب، هي: التدخل الشامل، التدخل الانتقائي، والتدخل الصريح.

د. **برنامج التدخل الشامل** Universal Intervention: يوجه للطلاب الذين لا ينخرطون إلا نادراً في السلوك العدواني والشغب، ويمثلون نسبة تتراوح ما بين (75-80 ٪) ونظراً لأنهم يتأثرون سلبياً بجماعات الرفاق الذين يمارسون العدوان، وهم أقل الطلاب تعرضاً لخطر المشكلات.

هـ. **أما التدخل الانتقالي** (Selective Intervention): فيوجه للطلاب مثيري العنف وتتراوح نسبتهم بين (10-15٪) ولديهم نسبة متوسطة من المشكلات.

و. التدخل الصريح (Indicated Intervention): ويوجه للطلاب الذين ينخرطون بصورة متكررة في سلوكيات العنف (أكثر من مرتين في الأسبوع)، وتتراوح نسبتهم من (5-10٪) ولديهم عدد كبير من المشكلات النفسية مثل القلق، والاضطرابات السيكوسوماتية، ومشكلات العلاقة مع الرفاق، والمشكلات السلوكية التي لها صفة الثبات النسبي (Wendy &Debra (2007).

ج - **برامج إرشاد الراشدين: Adulthood Counseling Program**

وتعني تحقيق سعادة الأفراد في هضبة العمر وانعكاس ذلك على حياتهم الأسرية والزوجية والمهنية، بحيث يستطيعون تحقيق التوافق المطلوب بين جوانب حياتهم المختلفة. حيث ركز الباحثون في هذه المرحلة العمرية على البرامج الإرشادية والعلاجية التي تتناول مشكلات

الأسرة، كالخلافات الزوجية والطلاق والصراعات بين الآباء والأبناء، إضافة إلى المشكلات النفسية والاجتماعية..إلخ.

د ـ برامج إرشاد كبار السن (Old Counseling Program):

المسن هو من تتجه قوته وحيويته إلى الانخفاض، وتزداد معدلات تعرضه للإصابة بأمراض الشيخوخة، كما يزداد شعوره بالتعب والإجهاد لأقل مجهود، كما تقل مناعته وقدرته على بذل الجهد الجسماني، مما يترك آثاراً نفسية ضارة به، نتيجة إحساسه بأنه لم يعد الشخص المنتج أو المطلوب في الحياة بل إنه أصبح يشكل عبئاً على الأسرة والمجتمع بعد أن كان هو مصدر العطاء، وصاحب الكلمة المسموعة، والرأي السديد.

وقد اختارت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية لعام (1972) سن الخامسة والستين ليكون بداية لكبار السن، لأن هذا السن يتفق مع سن التقاعد في الغالبية العظمى من دول العالم، وهذا يعني أن مصطلح المسن يقصد به كل من تجاوز الخامسة والستين من العمر، وتقاعد عن العمل، وتدهورت حالته الصحية.

أصبحت رعاية كبار السن علماً وفناً لا يقل عن رعاية الشباب والأطفال والمراهقين. وتفيد الدراسات العلمية أن المسن في حاجة إلى نظام سليم يكفل له الأمن الاقتصادي والرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية والحصول على دخل مناسب، ويكفل المشاركة في عمليات التنمية والاستفادة من خبرته في مجال تخصصه، بما يتناسب مع إمكانياته الجسمية وقدراته العقلية حتى يستطيع أن يسهم في النشاط الاجتماعي والاقتصادي والسياسي. وإذا كانت فئة المسنين في البلاد العربية من الشرائح العمرية التي لم تحظ باهتمام كاف سواء على مستوى الخدمات التي تقدم إليهم، أو على مستوى البحوث العلمية اللازمة لدراسة أحوالهم ومعرفة احتياجاتهم واستكشاف مشكلاتهم فإن هذا يعني أن هناك قصوراً ملحوظاً في الاهتمام بهذه الشريحة العمرية في العالم العربي وذلك في الوقت الذي تتزايد فيه نسبتهم إلى إجمالي عدد السكان.

وتأسيساً على ذلك، فإنه يقع على الأبناء عبء كبير في توفير الرعاية والعناية والتعاطف نحو آبائهم وأمهاتهم، لأن الأب لا تتحقق له السعادة والإشباع النفسي والطمأنينة القلبية إلا إذا شعر بأن أبناءه وبناته بارون به، ومتعلقون به، وحريصون على راحته، ومهتمون بمصالحه، لأن الأب المسن والأم المسنة لا يستطيعان الاستغناء عن مودة وتعاطف وحنان أبنائهما.

إن الهدف الأساسي في هذا المجال هو توفير الخدمات الصحية والنفسية والاجتماعية للمسنين من خلال الاحتفاظ بمستوى قيامهم بوظائفهم البدنية والتمتع بكيفية أعلى من الحياة الفردية ومشاركتهم الفعالة في النشاط الاجتماعي، والوقاية من الأمراض، وهذا الأمر يتطلب تعاوناً واسعاً من المهتمين برعاية كبار السن، كما أن تأهيل كل أفراد المجتمع وتوعيتهم السابقة على مرحلة الكهولة يشكل عملية تخطيطية ضرورية يجب أن تتضمنها الخطة الاجتماعية الكبرى على مختلف المستويات.

وأسلوب التعامل مع هذه المسألة يجب أن يكون أسلوباً جامعاً يشمل كل جوانب الحياة التي تساعد المسن في مشاركته الفاعلة في الحياة الاجتماعية والفكرية وهي:

أ ـ الأمن الاقتصادي والمالي للمسنين.

ب ـ حفظ سلامتهم.

ج ـ تعليمهم المستمر لمواجهة مشكلات الحياة.

د ـ الرعاية النفسية والصحية.

هـ تحقيق التوافق السليم الذي يتناسب وطبيعة المرحلة التي يمرون بها.

ففي دراسة قام بها جاسون وربيكا (Jason M. Satterfield and Rebecca (2010 استهدفت التعرف على فعالية طريقة العمل مع الجماعات في خفض الاكتئاب لدى كبار السن من المقيمين في مراكز التمريض للمسنين، شملت الدراسة 16 شخصاً تتراوح أعمارهم بين 64ـ 94 عاما ممن يعانون من الاكتئاب الخفيف والمتوسط، واعتمد أسلوب التدخل على الاستفادة من مجموعة متنوعة من نماذج ونظريات العلاج المعرفي السلوكي بهدف خفض الاكتئاب عن طريق أسلوب التذكر للأحداث والذكريات السابقة وحل المشكلات. وبعد الانتهاء من عملية التدخل تبين أن ثلاثة أرباع الأعضاء الذين شاركوا في الجماعة العلاجية تخلصوا من الاكتئاب.

وقد تكون هذه البرامج المعدة لهذه الفئة العمرية: نمائية أو وقائية أو علاجية أو تربوية داعمة، ويختلف كل برنامج عن الآخر بناء على طبيعة المشكلة وشدتها، والمستوى العقلي للحالة، وجنس المفحوص وحاجاته الإرشادية، وتفاعل المرشد مع المسترشد، والأفراد الذين يمكن أن يقدموا خدمات إرشادية للمسترشد أو ممن يقومون برعايتهم. ومثال ذلك، برنامج إرشادي للحد من قلق الموت لدى المسنين.

2 ـ تصنيف البرامج الإرشادية وفقاً لطبيعة مشكلة المسترشد:

وتتضمن البرامج التي تقدم للمحتاجين إلى خدمات الإرشاد والعلاج النفسي من أفراد المجتمع سواء أكانوا صغاراً أم كباراً باعتبارهم يعانون من مشكلات متعددة ومتفاوتة الشدة مايلي:

أ ـ برامج إرشادية تقدم للأفراد العاديين:

تقدم هذه البرامج إلى الأسوياء من الصغار والكبار الذين لم تتم لديهم أنماطاً عُصابية واضحة، غير أنهم ضحايا لضغوط بيئية قد تكون الأرضية الممهدة لظهور اضطرابات نفسية في المستقبل، حيث يتم حل مشكلات هؤلاء عن طريق إعادة تنظيم المسترشد شخصيته بشكل يساعده على التوافق الحسن مع متطلبات حياته اليومية. ومن الأمثلة على هذه البرامج: برامج التعايش مع الضغوط النفسية لدى المدمنين، برامج التعايش مع الأزمات أو موت أشخاص لهم أهمية بالنسبة للمسترشد كالأب أو الأم، وكذلك برامج تخفيف حدة الوحدة النفسية الناتجة عن ضعف التواصل الفعال مع الآخرين .فعلى سبيل المثال يقوم المرشد في مواجهة الضغط النفسي لدى مجموعة إرشادية بمايلي:

ـ مساعدة أعضاء المجموعة بتحديد المواقف الخارجية والداخلية المسببة للضغط النفسي لديهم، مع توضيح الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية في ذلك.

ـ يدور حوار ونقاش بين الأعضاء وفقاً لمضمون الفكرة المسببة للضغط النفسي. ومهمة المرشد في هذا الأمر توضيح الأفكار والمشاعر المسببة للضغط مع التأكيد على أهمية الاستبصار، ومساعدة كل مسترشد على التمعن والنظر في الذات، وفحص محتويات الخبرة المؤلمة التي أدت إلى ذلك (اكتشاف الذات).

ـ يتم تقسيم أعضاء المجموعة الإرشادية إلى مجموعات فرعية، والطلب منهم إجراء حوار تبادلي، يتضمن الإفصاح عن المشاعر، والاسترسال في عرض المشاعر والخبرات المختلفة، ثم إعطاء كل مسترشد في المجموعة بطاقة يكتب عليها بعض المشاعر الخاصة التي لا يرغب في الإفصاح عنها داخل المجموعة ومناقشتها بعد ذلك مع المجموعة.

- يدور نقاش وحوار حول ما يقوله المسترشد، وما يظهر عليه من أنماط سلوكية تعكس مشاعره، ويتأثر بها وتوقعاته وتقديره لهذه المشاعر والأنماط وأية أعراض وآثار تظهر عليه نتيجة تعرضه لمواقف مختلفة، ومدى الرضى عما يقوله أو يفعله.

ب - برامج تقدم للأفراد المضطربين نفسياً: Abnormal

تفيد هذه البرامج في تقديم الخدمات النفسية للأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية وانفعالية، مثل اضطرابات القلق، واضطراب الوساوس والفعال القهرية، والهستيريا، والاكتئاب، والاضطرابات الجنسية، والاضطرابات المضادة للمجتمع. . إلخ.

فقد يسعى باحث ما القيام ببرنامج إرشادي لخفض حدة أعراض الاكتئاب التفاعلي لدى مجموعة من المسترشدين، والذي يهدف إلى تعديل نقاط العجز التي تحدث في عمليات التحكم الذاتي في السلوك لدى المكتئبين من خلال تعديل التشوهات المعرفية لديهم. ويرتبط ذلك التدريب على أنشطة سلوكية يومية محددة، والذي يساعد ذلك ممارسة هؤلاء الأفراد التحكم الذاتي في السلوك على نحو أفضل، ومن ثم التخلص من المشاعر الاكتئابية وخفض الأعراض النفسية للاكتئاب، وتعديل المؤشرات الفيزيولوجية المصاحبة لتلك الأعراض (ضغط الدم، نبض القلب). وكذلك تخفيف حدة الاكتئاب والعودة به إلى المستوى المقبول، مع تنمية أنماط معرفية ومعتقدات صحية خاصة بالذات والعالم.

ج - برامج إرشادية لذوي الاحتياجات الخاصة: Special Educatin

ومن هذه البرامج: البرامج التدريبية للمتخلفين عقلياً، والصم، والبكم، وأصحاب الإعاقات الجسدية. فعلى سبيل المثال البرامج التدريبية التي تعتمد نظام الخطة التعليمية الفردية (Individualized Instruction Plan) من أجل تعليم الطفل المعاق عقلياً للمهام وفق تعديل السلوك، حيث يتكون البرنامج من الآتي:

1- معلومات عامة: عن الطفل المعاق، والهدف التعليمي يصاغ بعبارات سلوكية محددة وأسلوب التعزيز.

2- الأهداف التعليمية: وتشمل تحليل الهدف التعليمي إلى عدد من الأهداف الفرعية وفق أسلوب تحليل المهام.

3- الأدوات اللازمة: ويقصد بذلك أن يعد المعلم الأدوات اللازمة لتحقيق الهدف التعليمي، وقد تكون المواد محددة سلفاً من قبل المعلم أو معد البرنامج.

4. الأسلوب التعليمي وفق أسلوب تعديل السلوك: وتتضمن هذه الخطوة مايلي:.

ـ إعداد الطفل المعاق للمهمة التعليمية وجذب انتباهه لها.

ـ تقديم المهمة التعليمية للطفل المعاق كما هي.

ـ مساعدة الطفل في أداء المهمة مع تقديم المساعدة الإيجابية له وتعزيزه.

ـ مساعدة الطفل في أداء المهمة مع تقديم المساعدة اللفظية له وتعزيزه إذا نجح في الخطوة السابقة.

ـ مساعدة الطفل في أداء المهمة مع تقديم المساعدة الجسمية له وتعزيزه إذا لم ينجح في الخطوة السابقة.

ـ مطالبة الطفل بأداء المهمة أكثر من أجل تثبيت عملية تعلم المهارة.

ـ تمثيل تقدم الطفل المعاق على المهمة التعليمية برسم بياني يمثل نسبة النجاح وعدد المحاولات التي تم تعليم الطفل أثناءها للمهارة المطلوبة.

فإذا رغب مرشد التربية الخاصة أن يعدل سلوك طفل منطوي على ذاته (ذاتوي،Autsim)، فقد يتبع برنامجاً تدريبياً كي يتعامل الطفل مع متطلبات الحياة اليومية، فيجب أن يتضمن البرنامج فيما يتضمنه تنمية مدى انتباه الطفل، بحيث يستطيع الطفل التركيز لأطول فترة زمنية ممكنة حسب قدراته حتى يتمكن أن يستفيد من العناصر الأخرى المكونة للبرنامج التدريبي من جهة. وحتى يتمكن من الاستفادة من الخبرات التي تأتي من المحيطين والتي يمكن أن يستفيد منها في الأمور الحياتية. وقد تتم الإجراءات وفق الآتي:

1ـ يجلس الطفل على كرسي صغير.

2ـ يجلس المرشد على كرسي آخر في مواجهة الطفل.

3ـ يقول المرشد للطفل انظر إلي، وكلما تحول انتباه الطفل لشيء آخر من المثيرات البيئية الأخرى، يكرر المرشد قوله للطفل انظر إلي.

4ـ يتم تدريب الطفل في جلسات مدة الجلسة الواحدة نصف ساعة.

ونستنتج من ذلك، أن معظم البرامج المقدمة لفئة الاحتياجات الخاصة هي تعليم مهارات ونشاطات يقوم بها المرشد النفسي وأحياناً بمساعدة الأهل، أو يقوم بها الأهل في المنزل بعد تدريبهم على كيفية التعامل مع الطفل المعاق.

د ـ برامج التأهيل والدعم النفسي:

تقوم هذه البرامج بعمل مكثف ومستمر مع المرضى المحتاجين إلى الدعم النفسي، وتشمل هذه البرامج الأفراد الذين تم علاجهم من المخدرات، والذين يعانون من آثار الصدمات النفسية، إضافة إلى الأفراد الذين فقدوا بعض أجزاء جسدهم نتيجة لأمراض عضوية أو حوادث سير وما شابه ذلك. إضافة إلى ذلك تأهيل الشاب السجين للزواج والتوافق مع المجتمع بعد خروجه من السجن، وبرامج تأهيل المطلقات والأرامل... إلخ، الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة كالشلل النصفي والأمراض الخبيثة كالسرطان، وتركز هذه البرامج في العادة على إعادة خرط وتفعيل هؤلاء الأفراد في العائلة والمجتمع وإكسابهم مهارات حياتية ومهنية، وذلك لمساعدتهم في التكيف مع العائلة والمجتمع. هذا بالإضافة إلى مساعدة بيئتهم العائلية والمجتمعية على احتوائهم وتفهمهم ومساعدتهم على العودة للحياة العامة. كما وتستهدف أهالي المنتفعين من أجل توعيتهم حول موضوع الاضطرابات النفسية المزمنة وتأهيل الأفراد المصابين بها من خلال برنامج الزيارات المنزلية وفعاليات توعية وتقييم دوري للإفراد المستفيدين من هذه البرامج، كما وتعمل على الاتصال بالمؤسسات وأرباب العمل من أجل توفير فرص عمل مناسبة للمتنفعين ومتابعتهم في أعمالهم.

لقد أصبح من المؤكد والثابت علمياً أن الحالة النفسية لمريض السرطان من أهم مقومات شفائه ونجاح علاجه، وأن إرادة الشفاء بداخله هي العامل الأساس الذي يحفز الجهاز المناعي بداخله لكي يتصدى ويقضي على هذا المرض اللعين. فإحساس مريض السرطان بالهزيمة، واليأس من شفائه يؤثر بالسلب على الجهاز العصبي المركزي وخاصة منطقة ما تحت المهاد، التي ترسل وتستقبل إشارات دائمة إلى الجهاز المناعي عن طريق أسطول من الهرمونات التي تسمى بهرمونات الانفعال والتوتر، فتؤثر بالسلب على جهاز المناعة الأساسي الذي يقاوم السرطان من مجموعة السيتوكاينز، وإنترليوكين، وانترفيون، وعامل تليف الأورام. ولعل من أهم الأبحاث الحديثة التي أجريت في هذا المجال، هو ذلك البحث الذي أجرته "باربرا أندرسون"(Enderson،2004)) أستاذة علم النفس بجامعة ولاية أوهايو الأميركية على (115) من السيدات المصابات بسرطان الثدي في المرحلتين الثانية والثالثة، حيث تعاملت مع نصف المجموعة من خلال العلاج النفسي الذي يساعد المريض على الاسترخاء والإقلال من التوتر، والتكيف مع الانفعال، بينما تركت النصف الآخر ليتلقى علاجه بالأسلوب العادي دون

تدخل لتحسين حالته النفسية. ولقد أثبتت نتائج هذا البحث أن المجموعة التي كانت حالتها النفسية أفضل من خلال العلاج النفسي، كانت نسبة هرمونات الانفعال عندها ـ وخاصة الكورتيزول ـ أقل بمقدار 25 ٪ عن التي لم يتم التدخل لدعمها نفسيا، وذلك بعد (4ـ 8) شهور من إجراء الجراحة. ومن المعروف أن هرمونات الانفعال لها تأثير مثبط على الجهاز المناعي. ليس هذا فحسب بل إن الأجسام المضادة التي تقاوم الخلايا السرطانية مثل الأجسام المضادة لمادة «الميوسين» التي تزيد مع تقدم الورم السرطاني، قد زادت بنسبة (25 ٪) عند النساء المستريحات نفسياً، بالرغم من انخفاض نسبة هذه الأجسام المضادة في كل من المجموعتين أثناء استخدام العلاج الكيميائي، فإن المجموعة التي كانت تتلقى الدعم النفسي والمعنوي استعادت مستواها في خلال (8 ـ 12) شهراً بعد الجراحة مما يعطيها مقاومة أكبر للورم، بينما لم تستعد المجموعة الأخرى مستوى هذه الأجسام المضادة في جسمها، مما ينذر بعواقب وأعراض أشد بالنسبة للورم السرطاني.

3 ـ تصنيف البرامج وفقاً لمجالات الإرشاد النفسي:

بالرغم من اختلاف الآراء حول تحديد مجالات للإرشاد النفسي باعتباره عملية متكاملة وغير مجزاة في تقديم خدماتها للفرد، إلا أن هناك اتجاهاً آخر ينحو منحى التفصيل والتقسيم إلى مجالات متعددة، كالتقسيم الثلاثي لعملية الإرشاد الذي يسمى أحياناً مثلث الإرشاد وهو (الإرشاد العلاجي والإرشاد التربوي والإرشاد المهني). وقد أُدخلت مجالات أخرى كالإرشاد الأخلاقي والديني، وأهم هذه البرامج على سبيل المثال:

أ ـ برامج الإرشاد العلاجي: (Clinical Counseling Programs):

وهي عبارة عن البرامج التي تسعى إلى مساعدة المسترشد في اكتشاف وفهم ذاته ومشكلاته الشخصية والسلوكية والاجتماعية والانفعالية، والعمل على حلها بما تؤدي إلى تحسن توافقه النفسي.

ويذكر المهتمين بهذا المجال أن الإرشاد العلاجي والعلاج النفسي مصطلحين يستخدمان للتعبير عن عملية واحدة، وأن الفرق بينهما يكمن في درجة الاضطراب. حيث يتناول هذا اللون من الإرشاد مشكلات التوافق لعدم الثقة بالنفس، والشعور بالوحدة النفسية، والمشكلات الانفعالية؛ كالخوف والاكتئاب، والمشكلات الشخصية، كالانطواء والسلبية

والتشاؤم واللامبالاة...إلخ. كما يُعد أشمل مجالات الإرشاد النفسي تطبيقاً عملياً لكل ما يتم من إجراءات عملية الإرشاد، وذلك حسب ما ذكره روجرز الذي يعد مع ويليامسون من أقطاب هذه الاتجاه، حيث طور هذه الطريقة بطريقة تعرف باسم الإرشاد العلاجي المركز على المسترشد.

هذا، وتتضمن خطوات البرنامج الإرشادي وفقاً لهذا الأسلوب ب:

- بناء علاقة ودية هدفها بناء جسور الثقة بين المرشد والمسترشد.
- تعرف المرشد إلى حاجات ومشكلات المسترشد الاجتماعية التي تعوق ذلك الإشباع.
- مساعدة المسترشد على الاستبصار بالمشكلات التي تعوق إشباع حاجاته.
- مساعدته على التنفيس الانفعالي وحث المسترشد على التبصر بعمق بجوهر مشكلاته.
- مساعدته على اتخاذ مجموعة من الحلول للمشكلات التي تواجهه.
- مساعدته على اختيار الحل الأفضل من بين تلك الحلول لمشكلته.

ب - برامج الإرشاد التربوي (Educational Counseling Programs):

يواجه العاملون في المؤسسة التربوية في الوقت الحاضر العديد من المشكلات السلوكية والانفعالية نتيجة لعوامل كثيرة بعضها خاص بالنظام التعليمي وبعضها الآخر وافد إلى النظام من خارجه. والطلاب هم الفئة المستهدفة من هذه المشكلات، وهم في الغالب محور العملية الإرشادية، فنجد لديهم أحياناً القلق والخوف والاكتئاب والتمرد والعزلة والتخلف العقلي والتفوق التحصيلي...إلخ، وهذا يستدعي وجود برامج إرشادية تسعى إلى مساعدتهم على اختيار الدراسة المناسبة لقدرات الطلبة واستعداداتهم وميولهم، والتكيف في هذه الدراسة والنجاح فيها وحل ما يعترضهم من مشكلات، والشعور بالرضا والصحة النفسية نتيجة لذلك.

ونظراً لتنوع المشكلات التي يواجهها الطلاب في المدرسة، فإن الخدمات الإرشادية التي تقدم لهم تختلف باختلاف المشكلة وطبيعتها وشدتها وأسبابها سواء ما يتعلق منها بالمنهج الدراسي، أو ما يتعلق بتوافق الطلبة من الناحية النفسية والاجتماعية والأكاديمية. من هنا، فالبرامج الإرشادية في المجال التربوي تسير وفق الآتي:

- تحديد وتعريف المشكلة بشكل دقيق.
- جمع المعطيات والبيانات اللازمة عن المشكلة.
- تحليل البيانات وتفسيرها بشكل دقيق للوصول إلى تشخيص المشكلة.

- التدخل الإرشادي باستخدام أساليب الإرشاد المختلفة.
- تقييم التحسن نتيجة للتدخل الإرشادي.
- متابعة الحالة لمعرفة مدى ثبات التحسن لديها .

وتقدم أغلب أشكال البرامج الإرشادية في المجال التربوي من خلال برامج الإرشاد الفردي أو الجمعي، أو التدريبي، أو برامج النشاط الفني أو الرياضي... ويستطيع المرشد الأكاديمي أن يطوع أي فنية إرشادية يراها مناسبة في الحد من المشكلة التربوية أو النفسية التي تصادفه في عمله الإرشادي في المدرسة.

ج - برامج الإرشاد المهني: (**Vocational Counseling Programs**)

تعد برامج الإرشاد المهني من أكثر البرامج شيوعاً في مرحلة الشباب، وذلك لما لها من أهمية في مساعدة الشباب على اختيار مهنة المستقبل التي يرغبون أن يلتحقوا بها ، والتي تتوافق مع قدراتهم العقلية والشخصية واستعداداتهم وميولهم، بهدف تحقيق الرضا الوظيفي والتوافق النفسي والاجتماعي.

ويعرفها"مورتسن وشمولر" (1986) بأنه ذلك الجزء من البرنامج التربوي الكلي الذي يساعد على تهيئة الفرص الشخصية، وعلى توفير خدمات الهيئات المتخصصة بما يمكن كل فرد من تنمية قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن (الشيخ حمود ؛ 2007،30).

وفي الغالب، يتم هذا النوع من الإرشاد في المدارس الإعدادية والثانوية وفي المؤسسات التي تعنى بتنمية الموارد البشرية، حيث تسعى إلى تزويد الشباب بالمعلومات المناسبة لكل مهنة من المهن الموجودة في المجتمع إضافة إلى تقديم خبرات عملية عن واقع هذه المهن من خلال أفراد يمتهنون هذه المهن من خلال تحليل كل مهنة من هذه المهن والمتطلبات المهارية والعقلية والشخصية التي تتلاءم مع كل مهنة.

هذا، ويتم إعداد هذه البرامج فريق عمل متخصص في هذا المجال، تتوافر لهم الخصائص الشخصية والنفسية في عملية اختيار الأفراد المهنة المناسبة لكل فرد ، علماً أن معظم برامج الإرشاد المهني تتم عن طريق الإرشاد الجماعي كالمحاضرات والندوات وورشات العمل التي تساعد الأفراد إلى تحديد رغبتهم وميلهم لمهنة المستقبل. كما توجد برامج إرشادية تقدم بالطريقة الفردية وخصوصاً الأفراد الذين يرغبون باستبدال مهنتهم الأساسية وتحولهم إلى مهنة

أخرى نتيجة لعوامل خاصة بهم، ومثال على ذلك الأفراد الذين تعرضوا لمشكلات صحية، كبتر عضو من أعضائهم أو فقدان حاسة من حواسهم، كالسمع والبصر...إلخ.

وفي الغالب تسير خطوات برامج الإرشاد المهني وفق الآتي:

- إقامة علاقة طيبة بين فريق العمل الإرشادي والأفراد الذين يرغبون في الدخول إلى مهنة من المهن.

- تقديم معلومات شاملة ودقيقة عن المهن الموجودة في المجتمع.

- تحليل كل مهنة من هذه المهن ومتطلباتها ومهاراتها والمشكلات التي يمكن أن تحدث فيها والتي من الممكن أن تعيق توافق الفرد فيها في المستقبل.

- التعرف إلى قدرات الأفراد من الناحية العقلية والجسمية والمهارية والاجتماعية والشخصية، وذلك عن طريق المقابلات الشخصية ودراسة الحالة والاختبارات النفسية والعقلية.

- أن يقوم المرشد بمطابقة قدرات الفرد وميوله في ضوء النتائج التي حصل عليها مع متطلبات المهنة المناسبة له، وهذه المرحلة تسمى مرحلة المواءمة بين قدرات الفرد ومتطلبات المهنة.

- الممارسة التدريبية للمهنة التي تم اختيارها الفرد، وذلك للتأكد من المطابقة بين القدرات ومتطلبات المهنة.

- متابعة الفرد في الحياة المهنية ورصد توافقه، ومشكلاته الناجمة عن العمل، ورضاه عن العمل.

- تقديم دعم إضافي معرفي، وتدريبي، ومهاري، ونفسي، واجتماعي من أجل المحافظة على توافقه ونجاحه وتقدمه وتطوير خبرته في عالم العمل.

أما فيما يتعلق ببرامج الإعداد والتدريب المهني، فتمر العملية بالمراحل التالية:

مرحلة تحديد الأهداف: ومنها مستويات العاملين ومؤهلاتهم، وتحليل الوظائف والمهارات والخبرات التي تتطلبها الوظائف المختلفة.

مرحلة التنظيم: وتتضمن النواحي الإدارية، مثل: إدارة البرنامج والإشراف عليه، اختيار مكانه، وتحديد مدته، وكذلك النواحي الفنية: اختيار المشاركين ووضع المنهج الذي يلبي احتياجاتهم، واختيار المدرسين والمدربين، ومستوى العاملين والإمكانات المتاحة (القاسم: 2001، 221).

مرحلة التقويم: وتعني عملية توجيه البرنامج بحيث لا يقتصر على إصدار الأحكام، أي التعرف إلى مدى تحقق الأهداف، ثم تشخيص جوانب القوة والضعف في البرنامج.

مرحلة التنظيم: تعد هذه المرحلة مهمة جداً، لأنها تستهدف التأكد من تحقق الفوائد المرجوة من البرنامج، بل تمتد إلى أبعد من ذلك، حيث يتابع المشاركون في ميادين عملهم التعرف إلى أثر البرنامج في سماتهم الشخصية والاجتماعية والمهنية، وفي الارتقاء بمستوى أدائهم (فام: 1969، 42).

د - برامج الإرشاد الزواجي: **Counseling Programs Marital**

تساعد الحياة الزوجية السعيدة على إشباع العديد من حاجات كلا الزوجين التي تقوم على الأخذ والعطاء والتعاون المتبادل فيما تقتضيه الحياة من ممارسة الحقوق والمسؤوليات، والتي تعتمد على التفاهم والمجاملة والتعاطف والمودة والرحمة والتقدير والاحترام المتبادل والمواجهة الموضوعية للمشكلات الزوجية المختلفة. وبناء على ذلك، فالسعادة الزوجية تؤدي إلى تحقيق ذاتية الفرد، وقلة التوتر والقلق والشعور بالاكتئاب.

أن الشرط الأساسي للتوافق هو الاتزان الانفعالي، ويرتبط اضطراب الحياة الانفعالية باضطراب الحياة الاجتماعية والعلاقات، كما ترتبط الصحة النفسية بتقبل الذات. وقد تتحقق السعادة للفرد من خلال شعوره بالرضا عن الحياة الزوجية العديد من النجاحات في مجالات الحياة الاجتماعية والعملية، وقد يحدث العكس في حالات الزواج غير المتوافق، فيتعرض كلا الزوجين للعديد من المشكلات والاضطرابات النفسية المختلفة كالقلق والتوتر، والشعور بالكآبة والتعاسة، وعدم الاستقرار، والشعور بالنقص المصاحب لضعف تقدير الذات، وقد ينشأ عن الزواج غير الناجح ما يسمى بالطلاق النفسي (السلماني، 1977، 43).

ومما لا شك فيه، أن الزواج طريق هو السعادة بين فردين ارتبطا برباط اجتماعي وديني، فعن طريقه يتحقق للفرد السكن والراحة والمودة والرحمة. قال تعالى " ومن آياته أن خلق لكم من أنفسكم أزواجاً لتسكنوا إليها وجعل بينكم مودة ورحمة إن في ذلك لآيات لقوم يتفكرون" (الروم، 21).

أن الصراعات التي تحدث بين الزوجين لا تحدث من فراغ، أي لا تكون مستقلة ومنفصلة عن العلاقات البينشخصية، وأن بعض المشكلات تكون نابعة من داخل الذات، وأن عمق المعاناة التي تحدث بين الزوجين في الحياة اليومية بسبب العلاقات المتوترة بينهما؛ فالتواصل السيء

والخلافات المستمرة وطريقة الحوار غير الديمقراطية عادة ما تؤدي بشخصين يحبان بعضهما بعضاً بشدة إلى أن يسبب كل منهما الألم والمعاناة للآخر أكثر من الحب والمتعة، بالإضافة إلى الألم النفسي الشديد.

وهناك أدلة علمية تشير إلى أن الأفراد الذين لديهم علاقات متوترة يصبحون أكثر حساسية للتعرض للعديد من الاضطرابات النفسية والجسدية، وأن المحاولات الأولية لمساعدة الأزواج الذين لديهم مشكلات من طبيعة تواصلية أو عاطفية أو اجتماعية أو جنسية أدت إلى نمو الإرشاد الزواجي السلوكي، أظهرت ضرورة هذا اللون من الإرشاد بهدف زيادة التوافق الزوجي بشكل يضمن مزيداً من الاستقرار والسعادة في الحياة الزوجية. وقد أثبت بشكل مستمر أن هذه الطريقة تُعد من أكثر الطرق المتوافرة فعالية، وأن حل هذه المشكلات وتحسين العلاقة الزوجية تحتاج إلى جهود كثيرة وأساليب متنوعة.

ويعرف " كارل روجرز " (1971،Rogers) التوافق الزواجي بأنه عبارة عن قدرة كل من الزوجين على دوام حل الصراعات العديدة التي إذا تركت لتحطمت دعائم الأسرة (58،Rogers.1971).

لذلك، فالإرشاد الزوجي هو مساعدة الفرد في اختيار زوجه والاستعداد للحياة الزوجية والدخول فيها والاستقرار فيها، وتحقيق التوافق الزواجي، وحل المشكلات الزوجية قبل الزواج وأثناءه وبعده.

وفي العادة تتضمن أهداف الإرشاد الزواجي مايلي:

1. مساعدة الأزواج الذين يعانون من صعوبات في المجال الزواجي على أن يكونون أكثر واقعية ودقة ووضوح.
2. التعرف إلى البدائل الموجودة والتي لها علاقة بأسباب المشكلات الزوجية.
3. اختيار البديل أو الخيار المناسب لحياة زوجية مستقرة بين الزوجين.
4. تحديد الإجراءات العملية التي تساعد الزوجين على تحقيق الهدف المطلوب.
5. تحديد آليات تقويم الاستراتيجيات المستخدمة في الإرشاد الزواجي.
6. التعزيز الإيجابي للسلوك من خلال مساعدة الزوجين على مهارات ضبط النفس لمواجهة التوترات والشدات التي تصاحب الحياة الزوجية.
7. مساعدتهما على تقبل الفروق المختلفة بينهما.

وقد قام جاكبسون وبابكوك Jacobson& Babcock ،1978)) بتطوير طريقة جديدة للعـــلاج الزواجـــي الســـلوكي سميـــت بطريقـــة" العـــلاج الزواجـــي المتكامـــل" (IntegrativeBehavioral Coupte Ttherapy) تقوم على دمج وتكامل الاستراتيجيات الجديدة لتطوير التقبل العاطفي (Promoting Emotional Acceptance) مع الاستراتيجيات التقليدية لتطوير التغيير (Change Promoting).

هذا، وتضم الخطوات في برنامج العلاج الزواجي السلوكي المتكامل (IBCT) المراحل التالية:

مرحلة التقييم: وتعني تقييم الشكاوى التي يعاني منها الزوجين من أجل تحديد مدى مناسبة العلاج الزواجي، ويتم ذلك من خلال التركيز على:

أ- التغيير مقابل التقبل: ويتناول هذا التقييم الأمور التالية:

ب - حجم الضيق والتوتر بين الزوجين.

ج - مدى التزام الزوجين بالعلاقة.

د - الموضوعات محل الخلاف.

هـ كيفية ظهور هذه الموضوعات نفسها خلال العلاقة بينهما.

و- عوامل القوة التي تربط الزوجين:

مرحلة شكل العلاج: تتحول المعلومات التي حصل عليها المعالج نتيجة للمعلومات التي قدمها الزوجين في الجلسة الأولى التمهيدية بعد تقييمها إلى خطة علاج والاستراتيجيات المناسبة لإحداث التغيير والتقبل المطلوب لدى الزوجين.

توجه هذه الأسئلة للزوجين خلال المقابلة التمهيدية الأولية والتي قد تستمر لثلاث جلسات، حيث يكون الزوجين متواجدين مع بعض عند المعالج النفسي، والغاية من هذه الجلسة معرفة كيف تسير الأمور بين الزوجين ومدى صراحة الزوجين في مناقشة مشكلاتهم مع المعالج، إضافة إلى ذلك تسمح المقابلات الفردية (للزوج أو الزوجة) بتقييم المشكلات التي لا يستطيع أي طرف أن يناقشها بصراحة أمام الطرف الآخر.

وبعد الانتهاء من هذه الجلسة يقيِّم المعالج مستوى التوتر والخلاف بين الزوجين، والسبب الذي دعاهما للمجيء إليه، ويعطي كل شريك الفرصة للإجابة عن هذه الأسئلة دون مقاطعة من

الشريك الآخر، ويسمح المعالج بمراقبة الأسلوب والطريقة التي يعرض فيها كل شريك وجهة نظره في الموضوع.

عرض نتائج التقييم: يقوم المعالج في هذه الجلسة بعرض نتائج التقييم على الزوجين بشكل مفصل، وفي ضوء ذلك يقدم المعالج النفسي خطة العلاج المقترحة. فعلى سبيل المثال عند مناقشة مستوى التوتر وعدم الارتياح بين الزوجين، فإن ما يقوله المعالج يتوقف على مستوى التوتر والمشكلات القائمة بينهما، هل هو متوسط أم شديد جداً، وعندما يكون الزوجين متوترين بشدة، فإن المعالج يستخدم هذه المعلومة لتحديد مدى جدية الموقف ولتهيئة الزوجين للعمل بجد أثناء العلاج، في حال كان الزوجان متوتران نوعاً ما، فإن جلسة التقييم توفر فرصة جيدة للمعالج لمساعدة الزوجين على تعديل مواقفهما والتخفيف من بعض التوتر، الذي قد يرتبط بالاعتقاد أن مشكلاتهم غير قابلة للحل.

أما الاستراتيجيات التي يستخدمها المعالج، فهي:

ـ عرض أمثلة لبعض المشكلات الظاهرة بينهما في شكل نماذج أو أفكار كمدخل للخوض في المشكلات الأعمق.

ـ مناقشة الاستراتيجيات غير الفعالة التي استخدمها الزوجين في التعامل مع الموضوعات الخلافية بينهما والتي سببت لهما التوتر والضيق وعدم التقبل.

ـ التركيز على مشاعر الزوجين التي تكمن خلف تصرفات كل شريك، وعلى ردود الأفعال التي أدت حالياً إلى الانفصال وعدم الرضا بدلاً من التركيز على الجانب المعرفي للمشكلات.

ـ التركيز على الاستجابات العامة وعلى مساهمة كل شريك في جميع الأفكار المعروضة، مع التركيز الجاد على فهم الدوافع وراء سلوك كل شريك من أجل تنمية التقبل العاطفي.

ـ استخدام الأحداث السلبية التي تم تقييمها سابقاً كنماذج على تلك الأساليب التي تظهر من خلالها أفكار الزوجين. ويساعد هذا على جعل كل المواضيع محل الخلاف بين الزوجين أمر خارجي يمكنهما الاعتراف به وتقبله بدلاً من أن يكون خطأً ناتجاً عن خبث أو مكر أحد الزوجين.

وإعادة الصياغة لمشكلات الزوجين التي يقدمها المعالج تتضمن ثلاثة مكونات أساسية هي التالية:

1ـ الاختلاف بين الزوجين: فمعظم الأزواج الذين يطلبون العلاج يصرّون في بداية الجلسات على أن الاختلاف بينهما هو المشكلة.

2ـ النيّة الحسنة مع الانهزامية: التي يستخدمها الزوجيان للتوافق مع هذه الاختلافات.

3ـ الشراكة المتبادلة: ويعني هذا تجربة كل شريك لأن يتورط في استراتيجية نقد الذات، والتي تبدو أنها أفضل الحلول المتاحة في الموقف العلاجي.

أولاً ـ استراتيجيات تنمية أساليب التقبل:

وتشمل تلك الاستراتيجية مايلي:

1ـ الارتباط العاطفي حول المشكلة.

2ـ النظر إلى المشكلة من الخارج، ويتم من خلال:

ـ إدراك اشتراك للزوجين، يساعدهما على التعامل مع المشكلات العالقة بينهما بحكمة.

ـ رؤية التفاعل بكليته على أنه نتيجة طبيعية للتفاعل الصحيح.

ـ قدرة كل شريك على تحمل هذه الاختلافات والصراعات الدائرة بينهما من دون شعور بالذنب أو لوم للآخر.

ـ إدراك يمكّن الزوجين المشاركة الفاعلة في المشكلة دون لوم أي منهما للآخر على حدوثها. وتقبل الخلافات بين الشريكين يساعد كل منهما على تحمل ظهور مثل هذا التفاعل من خلال رؤية المشكلة على أنها شيء خارجي يوفر لهما الإدراك الذي يمكنهما من تشكيل علاقة طيبة من خلال التعامل مع هذه المشكلة معاً.

3ـ التعرف على أنماط الزوجين: ومنها مايلي

أ ـ النمط المطالب المنسحب: ويتميز هذا النمط بأن أحد الشريكين يتذمر ويلح باستمرار في حين أن الآخر يكون صامتاً ورافضاً التحدث عن المشكلة أو منسحباً جسدياً من العلاقة.

ب ـ النمط العاطفي ـ المنطقي: يتصف هذا النمط بأن أحد الشريكين يعبر عن مشاعره بينما الشريك الآخر يعرض أسباباً وحلولاً.

ج ـ النمط الناقد ـ المدافع: يعني هذا أن أحد الشريكين ينتقد الآخر بينما يدافع الآخر عن نفسه.

4. محتوى تنمية التقبل:

إن التعرف على المشكلة من الخارج ومناقشة الأنماط والسمات العامة لشخصية كل شريك، يساعد في توضيح الخبرات التي أدت إلى التوتر بينهما سواء أكانت أحداث سلبية أم خبرات أو أحداث متوقعة يمكن أن تتحول إلى مشكلة.

وتوفر الأحداث الحالية أيضاً مادة يمكن منها إعادة صياغة المشكلات؛ لكي ينظر إليها من الخارج. وأحياناً تُظهر مناقشة الأحداث الحالية السلبية أن الزوجين لديهما مشكلة في التعامل مع متاعبهما، مثل المرض الجسدي أو الاكتئاب، أو التعارض في أوقات العمل بينهما. وهذه الأشكال من المشكلات قد لا تُظهر نفسها كأنماط، وبالتالي فإن إعادة صياغة المشكلة والنظر إليها من الخارج هي أفضل طريقة للتدخل العلاجي بين الزوجين.

5. تنمية التقبل العاطفي:

فعن طريق بناء أساليب في التسامح يحاول العديد من الأزواج جاهدين تغيير بعض الجوانب في الشريك الآخر، ويعرف كل طرف منهم أشياء معينة عن الآخر، ويقتنع بأنها السبب في جميع المشاكل بينهما، وعندما تعرف هذه الأمور يبدأ الصراع لتغييرها. وهنا يأتي دور المعالج النفسي في تنمية التقبل العاطفي بين الزوجين من خلال طرائق عدة، أهمها:

- تزويد الزوجين بصورة كاملة عن الأحداث التي تسبب الضيق والتوتر لكليهما.

- إلقاء المعالج الضوء على العوامل المعقولة أو المفهومة التي تؤدي إلى هذه التصرفات غير المرغوبة عند الطرف الآخر.

- إلقاء الضوء على مشاعر عدم الأمان الزواجي، كتأخر الزوج أو الزوجة عن العمل الذي قد يفسر بعدم رغبة الطرف الأول للآخر.

6. إعادة التوكيد الإيجابي:

والاستراتيجية الأخرى لزيادة التقبل والتسامح هي الإشارة إلى الميزات الإيجابية للسلوك السلبي والعمل على تقليل ظهور الجوانب السلبية للسلوك على حساب الجوانب الإيجابية، فعلى سبيل المثال إن ما يراه أحد الشريكين حالياً على أنه ارتباط أكثر من اللازم مع الأصدقاء قد يكون الصفة الاجتماعية التي جذبته للطرف الآخر في بداية العلاقة.

إن مهمة المعالج هي التوكيد على هذه العناصر الجذابة الأولية التي تساعد الزوجين على تقدير المظاهر الإيجابية لما يعتقد الآن أنه سلوك سلبي إلى حد بعيد، وأن الاختلاف الأساسي بين هذا الأسلوب والاستراتيجية التقليدية التي تستخدم في إعادة التنظيم هو:

- بدلاً من وصف السلوك السلبي على أنه إيجابي بشكل كامل،فإن المعالج يستمر في الاعتراف بالجوانب السلبية للسلوك مع إلقاء الضوء على الجوانب الإيجابية فيه.

- تأكيد المعالج على الميزات الإيجابية فقط والظاهرة فعلاً للزوجين.

7ـ تأكيد الاختلافات المكملة لبعضها البعض:

عادة ما تخلق الاختلافات توازناً؛ فالاجتماعية التي يتصف بها شخص ما قد توازن الاستقرار للشخص الآخر، واهتمام أحد الأشخاص بالتفاصيل قد يوازن تهور أو اندفاع آخر. ومن الممكن عرض هذه الاختلافات على أنها جزء من السبب الذي يجعل العلاقة بين شخصين حيوية. أما إذا كان هذا التوازن مفقوداً فإنه قد يؤدي إلى متاعب أكثر مما يسبب في الوقت الحاضر، وهذه الاختلافات قد تصبح جانباً إيجابياً في علاقة الزوجين، وقد يكون شيئاً يفخران به ويشعرهما بالقرب بدلاً من أن يكون شيئاً مهدداً ومدمراً.

ثانياً ـ استراتيجيات تنمية التغيير: وتشمل على:

1ـ تبادل السلوك: والذي يعتمد على:

- درجة التعاون المتوقعة بين الزوجين.
- تحقيق قدر مناسب من التقبل.
- يخدم كتشخيص للمجالات التي تحتاج إلى إحداث تقبل عاطفي أكثر بين الزوجين.

وفي الغالب يحتوي تبادل السلوك عموماً على خطوتين رئيسيتين:

أ ـ تعريف الأشياء التي يستطيع كل شريك القيام بها لزيادة رضا الشريك الآخر عن العلاقة بينهما، من دون الحاجة إلى تغيرات شخصية قد تعد مكلفة جداً.

ب ـ محاولة زيادة تكرار مثل هذه السلوكيات في الحياة اليومية للزوجين.

الخطوات التنفيذية:

- مطلوب من كل شريك القيام بإعداد قائمة بالأشياء التي يستطيع أداءها لزيادة رضا الشريك الآخر عن العلاقة بينهما. (يعطى هذا كواجب منزلي).

- يطلب من كل شريك عدم مناقشة قائمته مع الشريك الآخر في المنزل من أجل تقليل التوتر بينهما.

- يقوم كل شريك في الجلسة العلاجية التالية باستعراض قائمته مع المعالج، من أجل التأكد من أن كل بند تم تحديده سلوكياً.

- يطلب المعالج منهما بعد ذلك بتنفيذ واحدة على الأقل من الأشياء التي ذكروها في قائمتهم في أي وقت خلال الأسبوع القادم.

- يطلب المعالج منهما خلال الجلسة القادمة بتقييم أدائهم، وما قاما به.

- يطلب من الزوجين عدم انتقاد أداء الشريك الآخر بهدف تحقيق التوكيد على السلوك الخاص بهما.

- حث كل زوج على إعطاء معلومات راجعة (تغذية راجعة) عن رأيه بهدف زيادة تأثير البنود الباقية في القائمة، على أن تكون التغذية الراجعة منظمة ومركزة.

التدريب على التواصل الفعّال:

يعني التواصل المشاركة الفعالة بجميع المعلومات المتعلقة بنواحي الخلاف بين الزوجين وصولاً إلى فهم الآخر وتقبله من وجهة نظر الآخر، تمهيداً لإحداث تغيير في اتجاهاتهما وسلوكياتهما ومشاعرهما لكل منهما نحو الآخر.

تتضمن هذه الاستراتيجية مساعدة الزوجين على تطوير نظام اتصال فعّال وواضح بينهما، يساعدهما على البوح بحرية تامة (في ظل مناخ آمن من التقبل والدفء والاحترام المتبادل) عن المعلومات الحقيقية التي يعاني منها كل شريك من خلال مشاعره وقيمه ووجهات نظره حيال نفسه والشريك الآخر، وعن تلك الأحداث التي وقعت في ماضيه وأدت إلى مشكلاته الحالية مع الشريك، وفهماً لشعوره بالخوف والصراع والغموض والشك والغضب الذي يلف هذه العلاقة مع الشريك.

هذا، ويُمر التدريب على الاتصال بين الزوجين كوسيلة لتعلم طرق أكثر فاعلية للحديث عن الصراع والخلاف بينهما بعدة طرائق، حيث يبدأ التدريب الأولي بين الزوجين خلال الجلسة العلاجية وتحت إشراف المعالج، إذ يتم تعلم الزوجين الاتصال بطريقة تختلف عما اعتادا عليه من قبل، ويوضح المعالج لهما أنهما عرضة إلى الانزلاق إلى الأنماط التقليدية في الاتصال. وأهم هذه الخطوات مايلي:

الخطوة الأولى: وتتضمن إعطاء الزوجين التعليمات عن الأنماط العامة للاتصال التي يتبناها المعالج، ويناقش العواقب السلبية، مع التركيز على ما يقولانه من دون لوم أو انتقاد للشريك الآخر.

الخطوة الثانية: تشمل جعل الزوجين يقومان عملياً بمناقشة التركيز على الذات وتجنب اللوم والنقد والتعبير عن المشاعر السلبية، من خلال كيف يرى كل منهما الحدث وشعورهما الحالي تجاهه.

الخطوة الثالثة: إعطاء المعلومات الراجعة أو المرتدة بعد كل مناقشة عملية، حيث يتم مناقشة التدريب بالتفصيل مع الزوجين واستخلاص المعلومات، والانتباه لتأثيرات التركيز على الذات، وعدم اللوم، وإعادة الصياغة والمشاركة في انفعالات التأثير. وتُعطى المعلومات الراجعة عن المجالات التي أظهر فيها الزوجين تقدماً حسناً، وكذلك عن ما يمكنهما فعله للتحسن أكثر.

الخطوة الرابعة: التقويم والإنهاء والمتابعة: إن أهداف العملية العلاجية المتعلقة بتقويم العلاج الزواجي وإنهائه ومتابعته مشابهة لأهداف العملية الموجودة في العلاج الفردي؛ فالمعالج يقوم فاعلية تدخلاته في مساعدة الزوجين، وفي تقرير ما يريدان عمله في علاقة يشتركان بها، وفي تنفيذ القرار. فالعملية تنتهي حالما تتحقق أهداف هذه العملية، ويتم إجراء المتابعة لتحديد ما إذا كان بإمكان المعالج أن يقدم المزيد من الدعم أو ليحدد مدى فعاليته في المساعدة العلاجية وذلك من خلال استخدام التقارير الذاتية التي يقدمها الزوجين وكذلك الاختبارات النفسية وملاحظات المعالج وتقارير الآخرين ممن لهم علاقة بالزوجين.

وهنا، تقوم بعرض مثال من المقاييس المستخدمة في التوافق بين الزوجين.

م	العبارة	موافق غالباً	لا أدري	غير موافق	غير موافق دائماً
1	معالجة الأمور المالية والأسرية				
2	وسائل اللهو والتسلية.				
3	المظاهر العاطفية				
4	الأصدقاء				
5	العلاقات الجنسية				
6	مراعاة العادات والتقاليد				
7	فلسفة الحياة				
8	مهارات التواصل اللفظي				
9	مهارات الإنصات الفعال				
10	تقدير الذات				
11	تقدير الآخر				

هـ - برامج الإرشاد الأسري: Family Counseling Programs

وهي عبارة عن الاستراتيجية التي تقوم على مساعدة أفراد الأسرة على حل مشكلاتهم النفسية والانفعالية والتواصلية، بهدف الوصول إلى تحقيق الانسجام والتوافق بينهما، في ظل مناخ هادئ يسوده الاحترام والانتماء والتقبل والثقة والمشاركة الوجدانية.

ثمة مشكلات كثيرة تواجه الأسرة في مسيرة حياتها بعضها قد يكون بسيطاً، وبعضها الآخر قد يكون مؤلماً لأحد أفراد الأسرة أو لأفراد الأسرة جميعها، كمشكلات الإدمان، والمعاملة القاسية، والسلوك العدواني من أحد أفراد الأسرة على الآخرين داخل الأسرة. لذلك اتجه كثير من العلماء إلى التصدي لتلك المشكلات التي تسبب في اضطراب الحياة الأسرية وتمزقها باستخدام الأساليب الإرشادية المختلفة. وقد تقدم هذه البرامج في شكل إرشاد فردي أوفي شكل إرشادي جماعي، وذلك حسب طبيعة المشكلة وشدتها والآثار التي تلحقها بأفراد الأسرة. وتعد أساليب الإرشاد الجمعي من الأساليب الفعالة في الإرشاد الأسري، وفي هذه الطريقة يتم تنظيم اجتماعات يحضرها الآباء وحدهم، أو الأمهات، ويمكن تنظيم اجتماعات للآباء والأمهات

معاً، وقد يسمح في بعض الاجتماعات الأخرى بحضور الأبناء من أعمار معينة، وهذا يتوقف على نوع المشكلة وخصوصيتها. كما يستخدم في هذه البرامج العديد من الفنيات الإرشادية المختلفة، كفنية تشكيل السلوك، وفنية التعزيز السلبي، وفنية النموذج الجيد، وفنية تبادل الأدوار، والمحاضرات والندوات والمناقشات، إضافة إلى برامج التوعية بوظائف الأسرة وكيفية تنظيم الحياة فيها من النواحي الاجتماعية والاقتصادية، وتدبير شؤون الحياة المنزلية، وتثقيف الآباء بالمبادئ القانونية التي ترتبط بالحقوق والواجبات الاجتماعية، وتثقيفهم في الأمور الدينية حتى ينشئوا أبنائهم على المبادئ الدينية والمعتقدات السليمة. ومثال ذلك برنامج إرشادي لتنمية التواصل الفعال بين أفراد الأسرة، وبرنامج إرشادي لتخفيف الأسى الناجم عن فقدان أحد أفرادها، برنامج إرشادي لتخفيف الشدات النفسية عند الأبناء الناجم عن طلاق الوالدين.

و- برامج الإرشاد الديني: Religious Counseling Programs

وتعني استراتيجية أو طريقة توجيهية وتربوية وإرشادية تقوم على معرفة الفرد بنفسه وبربه، وهدفها تحرير الشخص المضطرب من مشاعر الإثم والخطيئة التي تهدد طمأنينته وأمنه النفسي، ومساعدته على تقبل ذاته، وإشباع الحاجة إلى الأمن والسلام النفسي.

وتنطلق هذه البرامج من أسس الإرشاد الديني والتي مفادها أن الله سبحانه وتعالى خلق الإنسان، والله يعلم من خلق. قال تعالى"ألا يعلم من خلق وهو اللطيف الخبير"، وقوله: " الذي خلقني فهو يهدين"، وقال تعالى: " يا أيها الناس قد جاءتكم موعظة من ربكم وشفاء لما في الصدور وهدى ورحمة للمؤمنين".

ومن أسباب الاضطراب النفسي لدى الفرد من وجهة نظر الدين هي: الإكثار من الذنوب، ومخالفات التعاليم الدينية، والصراع بين الخير والشر، وضعف الضمير الأخلاقي، إضافة إلى الغيرة والحسد والأنانية، وإتباع طرائق سلوكية خاطئة رغم قناعته بأنها غير سوية.

لذلك، تسعى برامج الإرشاد الديني - رغم قلتها، ومعرفة نتائجها، وعدم وضوح المنهج المتبع، وضعف كفاءة من يقومون بها - إلى مساعدة الفرد في التعرف إلى نفسه وقدراته وإمكاناته ومعارفه العلمية والدينية، والعوائق المادية والاجتماعية التي تحول بينه وبين إتباع السلوك السوي، إضافة إلى تحريره من مشاعر الإثم والخطيئة، وإكسابه اتجاهات وقيم وسلوكيات دينية جديدة تساعده في التعايش مع الواقع من قلق أو توتر نفسي. وغالباً يستخدم الإرشاد الوقائي في الإرشاد الديني، لأن الوقاية خير من العلاج، أما إذا كانت

المشكلة خطيرة ولها انعكاسات سلبية على حياة المسترشد كحالات الإدمان على المخدرات، أو الاغتراب النفسي لدى الشباب، أو المشكلات الزوجية كالطلاق وما شابه ذلك، فيجب أن يتصدى لهذه المشكلة فريق متخصص في الإرشاد الزواجي أو الإدمان على المخدرات إضافة للطبيب النفسي والمعالج والأخصائي الاجتماعي على اعتبار أن المشكلة غامضة ومتعددة الجوانب، لذلك يجب أن يتصدى لها فريق عمل متخصص. أما إذا تصدى لهذه المشكلة أو تلك المرشد الديني فمن المحتمل أن تكون النتائج محدودة الأثر على المدى الطويل. أضف إلى ذلك أن الواقع الحياتي يخبرنا غير ذلك فإذا أردنا أن يأخذ الإرشاد الديني دوره الفعال في العمل الإرشادي وبالتعاون مع فريق الخدمة النفسية - بالرغم من أهميته في حياتنا الاجتماعية - فينبغي أن يتم إعداد هذا المرشد في كليات وأكاديميات متخصصة بالإرشاد الديني تهتم بالجوانب السلوكية، والاضطرابات النفسية العضوية والوظيفية وأسباب الأمراض النفسية، وتشخيص هذه الاضطرابات بأسلوب علمي يعتمد التشخيص التكاملي بدلاً من التشخيص الأحادي الجانب، وذلك حتى لا يتحول هذا الإرشاد من قبل أشخاص (غير مهنيين) إلى نوع من الشعوذة والدجل وابتزاز الناس في أموالهم وأنفسهم.

وعن ضرورة دراسة الدين في الدراسات النفسية يشير ايريك فروم (1977: 11): إن اهتمام علم النفس الحديث ينصب في غالب الأحيان على مشكلات تافهة تتمشى مع منهج علمي مزعوم، وذلك بدلاً من أن يضع مناهج جديدة لدراسة مشكلات الإنسان الهامة، وهكذا أصبح علم النفس يفتقر إلى موضوعه الرئيسي وهو الروح، وكان معنياً بالميكانيزمات والتكوينات وردود الأفعال والغرائز، دون أن يُعنى بالظواهر الأساسية المميزة للإنسان؛ كالحب والعقل، والشعور، والقيم. وصدق الله تعالى حين قال: "يا بني آدم إما يأتينكم رسل منكم يقصون عليكم آياتي فمن اتقى وأصلح فلا خوف عليهم ولا هم يحزنون".

ح - برامج الإرشاد الصحي: (**Health Counseling Programs**):

يهتم علم نفس الصحة بفهم السلوك الإنساني في الصحة والمرض والرعاية الصحية. أي دراسة العوامل النفسية التي تحدد كيف يبقى الناس أصحاء، ولماذا يمرضون وكيف يستجيبون للمرض والرعاية الصحية.

نشأ علم نفس الصحة كفرع مستقل في السنوات العشرين الماضية، وهناك أسباب كثيرة لهذا النشوء ولتطوره السريع. وهنالك عامل هام وهو التغيرات الكبيرة التي طرأت على طبيعة

المشكلات الصحية في المجتمعات الصناعية خلال القرن العشرين، حيث أصبحت الأمراض المزمنة، مثل أمراض القلب والسرطان هي الأسباب الرئيسية للموت، وأصبح للعوامل السلوكية ،مثل التدخين والغذاء والشدة أهمية كبيرة في حدوث وتقدم هذه الأمراض. ولقد تقدمت الرعاية الصحية تقدماً هائلاً، وأصبحت التوعية الإعلامية المتزايدة أداة من أدواتها، وأصبح لعوامل مثل رضى المريض، ونوعية الحياة أهمية كبيرة في تقييم نجاح التداخلات الطبية. مع أن علم نفس الصحة تطور في الوقت نفسه مع الطب النفسي الاستشاري (الطب النفسي الخاص بالمشافي العامة) الذي يشاركه في كثير من نواحيه، وثمة فروق واضحة فيما بينهما؛ فالطب النفسي الاستشاري يولي أهمية للتركيز على مرضى المشافي، سيما أولئك الذين يعانون من مشكلات نفسية واجهتها مشاكل صحية بدنية، بينما يولي علم النفس الصحي اهتماماً أكبر بالأصحاء والمرضى من الناس وبالعمليات النفسية التي تؤثر في مستواهم الصحي أو في مدى توافقهم مع المرض. وبينما يهتم علم نفس الصحة بتطوير تفسيرات نظرية للسلوك ذات الصلة بالمرض وبالصحة. أما الطب النفسي الاستشاري فيركز على تشخيص وعلاج الأمراض غير المفسرة أو الاضطرابات الطبية النفسية التي تحدث عند أناس يعانون من حالات طبية بدنية.

لذلك، يمكن القول: إن علم نفس الصحة هو فرع من علم النفس الذي يدرس العلاقة بين المتغيرات النفسية والصحة. ويفترض علماء نفس الصحة أن المعتقدات والمواقف والتصرفات تسهم إسهاماً كبيراً في منع وهجوم وتقدم المرض. ويشمل البحث في علم نفس الصحة مدى واسعاً من المشكلات الصحية العامة (كمرض القلب التاجي) والمشكلات الصحية الخاصة أيضاً (كآلام الظهر والحصر النفسي والشدة النفسية، ومشكلات التدخين والإيدز... إلخ).

وفي عام (1900) أمكن عزو الكثير من الأسباب الرئيسية للموت إلى الأمراض المعدية، كالانفلونزا، وذات الرئة، والسل، والخناق، ولكن الأسباب الرئيسية للموت في عصرنا الراهن يمكن عزوها أكثر لنمط الحياة اليومية التي يعيشها الأفراد، أي إلى مجمل القرارات والتصرفات التي تحدد الصحة وكيفية الحياة. فكثير من الناس يمكن أن يعيشوا لمدة أطول إذا ما أكلوا طعاماً صحياً أكثر وخفضوا من استهلاكهم للكحول، ومارسوا الجنس المألوف، وأقلعوا عن التدخين، ومارسوا التمارين البدنية بانتظام. ومع هذا، فإن أكثر من نصف الوفيات الحادثة قبل الأوان (أي قبل الخامسة والستين من العمر) تنتج عن اختيارات غير حكيمة لنمط الحياة.

لذلك، استخدم المعالجون والأطباء النفسيون أساليب حديثة ومتطورة في التعامل مع المشكلات الصحية الناجمة عن الأساليب الخاطئة في المواقف اليومية والتي يؤدي بهم في الغالب إلى أمرض بدنية، فقد استخدموا أولاً البرامج الوقائية والإرشادات والاستشارات الطبية والنفسية من خلال المحاضرات والندوات وورشات العمل وبرامج التوعية الصحية، ثم استخدموا ثانياً برامج إرشادية داعمة كالإرشاد السلوكي والإرشاد المعرفي بهدف تعديل اتجاهات وعادات الأفراد المعرضين للخطر الصحي نتيجة لتعاملهم الخاطئ مع المواقف المختلفة.

فعلى سبيل المثال، فالبرنامج القائم على استشارة الآخرين في حل مشكلاتهم، يناسب المسترشدين الذين ترتبط مشكلاتهم بشكل واضح بالظروف المسببة للشدة وتحديد المشكلات المسببة للأسى، وذلك وفق الآتي:

- تقدير أشكال التصرف التي قد تحل كل مشكلة أو تخفف منها.
- اختيار مشكلة ومحاولة انتهاج السلوك الذي يبدو أكثر ملائمة.
- مراجعة نتائج المحاولة لحل المشكلة، إما اختيار مشكلة أخرى للحل إذا ما نجحت الأولى، وإما باختيار أسلوب تصرف آخر إذا لم ينجح الأول.
- تقييم نتائج البرنامج، ومدى استفادة المسترشدين منه في ضوء الأهداف.
- متابعة الحالة والتعرف إلى التغيرات التي طرأ عليها بعد فترة من الزمن، والعوامل التي ساهمت في ثبات التحسن والعوامل التي أدت إلى انتكاس الحالة.

4 . تصنيف البرامج وفقاً للنظرية الإرشادية:

لو دققنا النظر في تعريفات الإرشاد النفسي، ولوجدنا أن ثمة تعريفات ركزت على الفاعلية التطبيقية الغالبة فيها، فنظرية التحليل النفسي على سبيل المثال ركزت على العوامل اللاشعورية وراء الاضطراب النفسي، بينما النظرية العقلانية ركزت على الأفكار غير المنطقية. أما نظرية العلاج المتمركز حول المسترشد فركزت على تحسين مفهوم الذات. لذلك فإن البرامج الإرشادية في الغالب الأعم تستند إلى نظرية إرشادية تستهدي بها في أثناء التدخل الإرشادي. وأهم البرامج التي تستند إلى نظريات إرشادية هي التالية:

أ . البرامج القائمة على نظرية التحليل النفسي في الإرشاد: تُعد هذه النظرية من أقدم النظريات في مجال الشخصية والعلاج النفسي، ويرجع فضلها إلى سيجموند فرويد Frued

الذي رأى أن التحليل النفسي منهج يتم من خلاله استكشاف الصراعات والأحداث المؤلمة الموجودة في اللاشعورUnconscious، والتنفيس الانفعالي، ومساعدة المسترشد على حل مشكلاته، عن طريق تقوية دور الأنا على حساب الأنا الأعلى والهو باعتبارها المنظم لكل الفعاليات النفسية، وكذلك تحرير كل الرغبات الصحية والدوافع السليمة.

وتقوم البرامج الإرشادية والعلاجية حسب هذه النظرية على: إقامة علاقة بين المرشد والمسترشد، جمع المعلومات عن المشكلة، تشخيص المشكلة، الكشف عن محتويات اللاشعور باستخدام تقنيات التداعي الحر والموجه والتنويم الإيحائي والتي لها علاقة بأعراض المسترشد الحالية، تفسير تلك الدلالات، وتقديم الحلول للتخلص من ذلك الاضطراب عن طريق التشجيع والكشف عن الخبرات السلبية التي أدت إلى ظهور هذه المشكلة. وأغلب هذه البرامج تتم بطريقة فردية وتستغرق وقتاً طويلاً وجهداً كبيراً، فقد تمتد جلسات الإرشاد أو العلاج لمدة سنة أو سنتين، وهذا ما يسبب إرهاقاً لكل من المرشد والمسترشد. وبناء على ذلك في هذا المجال المعالجة النفسية الديناميكية المختصرة يمكن تتبع مسارها في أعمال "فرينكسي" Ferenczi، الذي أدرك الحاجة إلى تطوير معالجات أقصر من التحليل النفسي، فوضع حدود زمنية، وجعل دور المعالج أقل سلبية، وخطط المواضع الرئيسية للعلاج. وقد وجدت هذه الاستراتيجية طريقها إلى العلاج النفسي الديناميكي المختصر المستخدم اليوم.

ب ـ البرامج القائمة على الإرشاد السلوكي (Behavioural Counseling):

هذه البرامج تركز على إعادة التعلم لدى المسترشدين الذين يعانون من اضطرابات سلوكية، حيث تترجم هذه البرامج عملياً قواعد ومبادئ وقوانين التعلم والنظرية السلوكية وعلم النفس التجريبي في أثناء التعامل مع مشكلات المسترشدين. أما الإجراءات التطبيقية لتنفيذ مثل هذه البرامج فتتمثل في الآتي:

- تحديد السلوك المضطرب المراد تعديله وتعريفه إجرائياً.
- تحديد الظروف والخبرات والمواقف التي يحدث فيها هذا السلوك.
- تحديد العوامل المسؤولة عن السلوك المضطرب.
- اختيار الشروط والظروف الأسرية أو الاجتماعية التي يمكن تعديلها.

- إعداد جداول التعديل المناسبة والتي يمكن عن طريقها تخطيط لخبرات أو نشاطات متدرجة بدءاً من المواقف الأقل توتراً إلى المواقف الأكثر توتراً، وذلك كما هو الحال في تطبيق فنية التحصين التدريجي (Desensitization) لطفل يخاف من القطط.
- تنفيذ خطة البرنامج الإرشادي لتعديل سلوك المسترشد.

وغالباً يستخدم المرشد السلوكي في العملية الإرشادية بعضاً من فنيات الإرشاد السلوكي، كفنية التحصين التدريجي، وفنية الغمر (Flooding)، والكف المتبادل أو بالنقيض (Reciprocal Inhibition)، وفنية التعزيز الموجب أو السالب (Positive or negative Reinforcement) إلى غير ذلك من الفنيات السلوكية.

ج ـ البرامج الإرشادية المتمركزة حول المسترشد : Client-centered counseling

تتبنى بعض البرامج الإرشادية في إعدادها وتطبيقها نظرية الإرشاد المتمركز حول المسترشد في تقديم الخدمات الإرشادية للأفراد الذين يعانون من مشكلات انفعالية، وتؤكد هذه النظرية أن لدى الإنسان ميل طبيعي لتحقيق الذات وتطويره والمحافظة عليه، وأن عملية الإرشاد تتمثل في وجود علاقة غير مشروطة بين المرشد والمسترشد قائمة على التقبل والمشاركة الوجدانية والشفافية. فإذا توفرت هذه الشروط فإن تغيرات إيجابية في شخصية المسترشد سوف تحدث.

هذا، وتسير معظم البرامج الإرشادية التي تتبنى هذا الاتجاه في الإرشاد وفق الآتي:

1- العمل على إقامة علاقة مخلصة بينه وبين المسترشد تنطوي على جو من الثقة والتعاطف، تسمح بتحرير العميل من كل أنواع التهديد الداخلي والخارجي.

2- أن يصغي المرشد إلى المسترشد بشكل ودي؛ بهدف إشعاره بأنه مهتم به اهتماماً أصيلاً، وبأنه يقبله ويكن له المحبة، ويدعم إصغاءه بالمشاركة الوجدانية والاحترام الإيجابي غير المشروط.

3- أن يركز المرشد على المحتوى الانفعالي لاستجابات العميل أثناء الموقف الإرشادي أكثر من تركيزه على العناصر المعرفية؛ ولذلك يحاول المرشد أن يساعد المسترشد بالتركيز على مشاعره وإعادتها إليه (أي للمسترشد) بكل دقة وأمانة، وهذه الفنية يسميها روجرز انعكاس المشاعر Refiection of Feelings.

4- مساعدة المسترشد على اكتشاف مشاعره وخبراته اللفظية وغير اللفظية كأشياء غير متطابقة مع مفهومه لذاته. وتسمى هذه " بفنية استكشاف الذات"

5- مساعدة المسترشد على مواجهة ذاته Self Confrontation وخبراته التي تم إنكارها أو تشويهها وإدراكها وترميزها في وعيه بشكل دقيق.

6- مساعدة المسترشد على معايشة خبراته. ومعنى ذلك إحضار المسترشد الخبرات المنكرة أو المشوهة إلى دائرة وعيه وإعادة تنظيمها ضمن إطار مفهومه عن ذاته.

7- مساعدة المسترشد على التعبير عن مشاعره وانفعالاته وخبراته، بحيث يؤدي هذا إلى خفض المشاعر والانفعالات السلبية المرتبطة بالخبرة. وتسمى هذه الفنية بفنية "التفريغ الانفعالي" Catharsis.

8- أن يترك المرشد كل المسؤولية في سير عملية العلاج للمسترشد.

9- أن يركز المرشد في الموقف العلاجي على المشاعر الحالية للمسترشد، وليس على مشكلته (العاسمي: 1998).

وقد أعد المؤلف مجموعة من البرامج الإرشادية القائمة على هذه النظرية، كالبرنامج الذي يتناول خفض أعراض القلق لدى المترددين على العيادة النفسية (1998)، وبرنامج لخفض الضغوط النفسية لدى المعلمين (2003)، وبرنامج لخفض قلق الامتحان لدى طلبة المرحلة الثانوية (2004)، حيث أثبتت هذه البرامج وغيرها فعالية هذا اللون من العلاج في الحد من مشكلات انفعالية عديدة.

د . برامج الإرشاد العقلاني الانفعالي: Rational Emotional Therapy

يُعد العلاج العقلاني فنية علاجية غير عادية إلى حد ما، وطبقاً لنظرية العلاج العقلاني - الانفعالي لـ ألبرت إليس Ellis فإن المشكلات الانفعالية لا تنتج عن ضغوط خارجية، ولكن عن أفكار لا عقلانية لا يمكن إثبات صدقها، يتمسك بها الفرد ويعززها عن طريق التلقين الذاتي، وتؤدي به إلى أن يملي رغباته، ويصر على الاستجابة لها. وهو علاج يستند على فلسفة مفادها: إذا اتخذ الشخص موقفاً عقلانياً من الحياة فلن تكتنفه الاضطرابات النفسية، ولذا يركز العلاج على إزالة الأفكار الضمنية الخاطئة، وتغيير المواقف الفكرية المشوهة.

وتتمثل البرامج الإرشادية القائمة على هذه النظرية على مجموعة من الخدمات التعليمية، والإنسانية، والعلمية، واللغوية؛ فالمعالج يُعلم المتعالج كيف يحلّل ويناقش، وكيف يعيد النظر

والتأمل في أفكاره غير المنطقية بطريقة علمية منطقية ومتناغمة مع الحدث، فيتعلم المتعالج كيف يتقبل ذاته، وكيف يفرق بين قبول الذات غير المشروط، وقبول الذات المرتكز على النجاح. وهنا تكون جميع جهود المعالج موجهة نحو الأفكار غير المنطقية وليس موجهة لشخصية المسترشد.

أما الخطوات التي يتبعها المعالج في التعامل مع المتعالج أثناء العملية العلاجية، فيمكن وصفها في الآتي:

- تقديم وجود انفعالات مضطربة أو سلوكيات غير عقلانية عند المتعالج أو المسترشد.
- إيضاح الحوادث المحبطة والمنبهات المنشطة للعمليات المعرفية.
- تعليم المتعالج الربط بين المعتقدات والأفكار التي تتطور لدى المتعالج حول ذلك الحدث (Belif) والانفعالات والسلوكيات التي تنجم عن الاعتقادات Consquence.
- تعليم المتعالج كيف يفرق بين المعتقدات الخاطئة والمعتقدات العقلانية.
- شرح المعالج للمتعالج التخيل العقلاني - الانفعالي.
- شرح استراتيجية مناهضة ودحض الأفكار والمعتقدات الخاطئة.
- تحديد الواجبات المنزلية والتمارين الواجب إنجازها.
- تقويم انفعالات المتعالج وردود أفعاله التي تظهر عندما يحاول أداء وجباته المنزلية.
- العمل على دحض الأفكار غير العقلانية.
- مساعدة المتعالج على تكرار الحديث مع الذات، وتوليد الحلول البديلة للمشكلات العملية، وتقويم الحلول البديلة واختيار أفضلها.
- التكرار الأدائي للحلول البديلة المقترحة للمشكلات التي تواجه المتعالج.
- التدريب على الاسترخاء التخيلي.
- انتهاء الجلسات الإرشادية وتقيمها.
- متابعة المتعالج بعد انتهاء جلسات البرنامج.

ويمكن القول: إن برامج العلاج العقلاني الانفعالي أثبتت جدارته في التصدي للعديد من المشكلات التي يعاني منها المسترشدين، كحالات الإدمان على المخدرات، والاكتئاب، والقلق النفسي، والمشكلات الأسرية والزواجية.

هـ - برامج الإرشاد المعرفي للسلوك : Cognitive- Behavior Counseling

هي أحد استراتيجيات أساليب الإرشاد النفسي الحديث ويفترض أن أنماط التفكير الخاطئة تسبب السلوك المضطرب، ويهدف إلى تعديل المعتقدات غير العقلانية وغير الواقعية وتعليم المسترشد أساليب تفكير أخرى أكثر عقلانية وأكثر إيجابية عن طريق الحوار الفلسفي والطرق الاقناعية وبعض الفنيات الأخرى.

ويعرفها آلان كازدين 1994،Kazdin)) بأنه مدخل يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتابع السلوك، ويركز هذا المدخل على تطور وتكيف السلوك، ويتم من خلاله تعديل العديد من الاضطرابات الإكلينيكية، مثل: القلق والاكتئاب والعدوان وغيرها من الاضطرابات، ويستخدم هذا التكنيك في تعديل سلوك كل الأشخاص، ويشمل ذلك الأطفال والمراهقين والكبار.

ويعرّف قاموس علم النفس العلاج المعرفي السلوكي: بأنه منهج في العلاج النفسي ويأخذ شكل العلاج السلوكي ولكن هدفه ممتد لتحسن المريض ومواجهة سوء التكيف في السلوك والمعتقدات.

ويتحدد الإرشاد المعرفي السلوكي عند بيك بافتراضين وهما:

1- العوامل المعرفية (المعتقدات- التخيلات- الذكريات...) ترتبط بالسلوك المضطرب وظيفياً.

2- تعديل هذه العوامل يرتبط ارتباطاً دالاً بحدوث أي تغيير في السلوك.

وفي الغالب تسير البرنامج الإرشادي أو العلاجي حسب هذه النظرية حسب الآتي:

- إقامة علاقة بناءة بين المرشد والمسترشد تجعل المسترشد يثق بالمعالج، ويتطلب ذلك قدرة المرشد على التعاطف والاهتمام بالمسترشد، وكذلك الاحترام الصادق له، وحسن الاستماع.

- صياغة مشكلة المسترشد وتحديد العوامل التي ساهمت فيها، وتحديد الأفكار الحالية، والأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي له، والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها، ثم العوامل الاجتماعية التي أثرت على أفكاره عند ظهور اضطرابه، والأسلوب المعرفي الذي يفسر به المسترشد المواقف التي يتعرض لها.

- يتطلب الإرشاد المعرفي السلوكي يشدد المرشد على أهمية التعاون والمشاركة النشطة والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.

- يسعى المرشد إلى تحقيق أهداف معينة لحل مشكلات معينة.

- بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض (الانتكاس)، واستخدام فنيات ومهارات متعددة لإحداث تغيير في التفكير والمزاج، والسلوك، مثل: الأساليب المعرفية، والتي تضم وقف الأفكار أو التشتت المعرفي وإعادة البناء المعرفي، التحليل المنطقي للأفكار اللاعقلانية، التعليم والتوجيه، تفنيد الاستنتاجات غير الواقعية. والأساليب الانفعالية: إذ تستخدم لإحداث تأثير على مشاعر وجدان المريض.

ومن أهم الفنيات في هذا المجال: لعب الدور، ولعب الدور العكسي، والنمذجة، والوعظ العاطفي، ومهاجمة الخجل، والحوار الذاتي، واستخدام البشاشة، والمرح والدعابة، والتقبل غير المشروط. وأخيراً الأساليب السلوكية: مثل، الواجبات المنزلية، والاسترخاء، وأساليب الاشراط الإجرائي كالتعزيز الإيجابي والسلبي.

لقد أوضحت الدراسات العديدة التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية فاعليته في كثير من الاضطرابات،مثل: القلق والاكتئاب، واضطراب الهلع والوسواس القهري، واضطراب الشخصية، والفصام والمشكلات الأسرية، وتوهم المرض، والرهاب، واضطرابات الهلع، والاعتماد الكحولي، وتعاطي الحشيش، والصداع واضطرابات النمط الجسمي، واضطراب النوم، وسوء التوظيف الجنسي، والإساءة الجنسية، واضطرابات القلق، وحالات رفض المدرسة، وحالات اضطرابات الأطفال عموماً والمراهقين، وفئات المسنين، وغير ذلك كثير من الدراسات. وبالمناسبة فقد شارك المؤلف بالإشراف على أطروحة دكتوراه للباحثة صباح السقا (2005) تناولت فيها فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في الحد من أعراض الاكتئاب، وقد أثبت البرنامج فاعليته في الحد من أعراض الاكتئاب لدى عينة من المترددين على العيادة النفسية بمستشفى المواساة بدمشق.

و- البرامج القائمة على الإرشاد الواقعي (Reality Counseling):

تقوم هذه البرامج الإرشادية حسب نظرية جلاسرGlasser في العلاج على افتراض مؤداه: إن الإرشاد يتمحور حول فكرة تحمل المسترشد مسؤولية إشباع حاجاته في ضوء الواقع (Reality) والمسؤولية (Responsibility) والصواب والخطأ (Right&Wrong).

وغالباً تتضمن خطوات البرامج بالواقع الآتي: إقامة علاقة ودية مع المسترشد أساسها الاندماج والمشاركة (Involvment)، والتركيز على السلوك الحاضر للمسترشد وتقويمه من

دون الاهتمام بالمشاعر، والتخطيط السلوك الواقعي المسؤول والمشبع لحاجات المسترشد، والتعاقد بين المرشد والمسترشد على خطة البرنامج الإرشادي مع تقييم المرشد لجدية الالتزام لدى المسترشد، وتعليم وتعلم السلوك الملتزم من خلال تقديم خبرات ومعلومات للمسترشد، ويحاول المرشد تعزيز السلوك الملتزم إذا نجح المسترشد في ذلك، وتصحيحه إذا ارتكب خطأً، وأخيراً المثابرة في تلك الإجراءات حتى يتحقق الهدف من الإرشاد.

5. تصنيف البرامج حسب الاستراتيجية (الفنية) المستخدمة:

نذكر هنا على سبيل المثال لا الحصر نماذج من هذه البرامج التي تعتمد على فنيات أو استراتيجيات إرشادية، فأهمها مايلي:

أ- برامج الإرشاد باللعب: Play Counseling

هذه البرامج شائعة في إرشاد الأطفال، باعتبار أن تلك المرحلة العمرية لديها مشكلات تتعلق بالتعبير اللغوي قد تعيق عملية التواصل الفعّال بين المرشد والأطفال في حال استخدام البرامج التي تعتمد على التواصل اللفظي، ناهيك على أن اللعب بالنسبة للأطفال يُعد حاجة نفسية واجتماعية لابد أن تشبع، كما أن اللعب مخرج وتشخيص وعلاج لمواقف الإحباط التي يمر بها الطفل في حياته اليومية. وبناء على ذلك، يفضل كثير من المهتمين بتعديل سلوكيات الأطفال غير السوية استخدام اللعب كأسلوب إرشادي مع الأطفال.

ب - برامج الإرشاد بالسيكودراما: Psychodrama Programms

والبرامج التي تعتمد على السيكودراما في الإرشاد النفسي هي إحدى أشكال الإرشاد الجماعي الذي ابتكرها وطورها" يعقوب مورينو" (Moreno) في فينا عام1921، وهي عبارة عن تصوير تمثيلي مسرحي لمشكلات نفسية في تعبير حر في موقف جماعي يتيح فرصة للتنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الحر للمسترشدين، حيث يعبرون بحرية تامة عن اتجاهاتهم وميولهم ومشكلاتهم النفسية وصراعاتهم واحباطاتهم على خشبة المسرح أمام جمهور يشتركون معهم في المشكلة نفسها، وهذا مما يؤدي حسب اعتقاد مورينو إلى تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم لأفراد المجموعة في بيئة تشبه الواقع على أقل تقدير. وقد قام المؤلف بعمل برنامج إرشادي بالسيكودراما (2009) للإقلاع عن التدخين في جامعة الملك خالد.

ج ـ برامج الإرشاد بالفن : Artes Counseling Programms

إن العلاجات الإبداعية كما يطلق عليها أحياناً العلاجات التعبيرية Expressive تتضمن : والفن، والمسرحيات، والموسيقى، والشعر، والرسم. فهذه كلها عناصر تعبر عما هو محتبس داخل الذات، ومن شأن هذه العناصر إطلاق الطاقات، وهذه بدورها تخفف كثيراً من المشكلات التي يعاني منها الفرد أو المسترشد .

وربما كانت هذه النشاطات من أول إن لم تكن أول الوسائل التعبيرية عن الحياة النفسية الداخلية للإنسان، وهناك من الأدلة ما يثبت بأن الرسم والترانيم، والتي هي مزيج من الموسيقى والشعر والغناء كانت أول الوسائل التي لجأ إليها الإنسان كوسيلة للتخفيف من معاناته والتقليل من قلقه والزيادة في اطمئنانه.

أما كيف يفعل الفن فعله العلاجي النفسي؟ فإن هنالك تفسيرات متعددة لهذا الفعل، ولعل من أهمها أن الممارسات الفنية تعطي الفرد منفذاً يستطيع عن طريقه إبعاد نفسه عن اضطراباته الداخلية. وبناء على ذلك، فإن أهم البرامج الإرشادية التي تستخدم الفن في الإرشاد هي التالية:

د ـ برامج الإرشاد بالرسم والتلوين :

العلاج بالرسم هو علاج وفن، وهو ليس إضافة التعبير الفني إلى عملية العلاج النفسي وليس مجرد إضافة العلاج إلى الفن، إنه تركيب وكيان جديد . إن مثله كمثل الماء ليس مجرد هيدروجين وأكسيجين. إن التعبير الفني يستثير الخيال والابتكار وييسير إخراج المواد اللاشعورية فهو لغة تتيح التعبير عن الذات وإسقاط صورة الذات وعالم الفرد . فإن خبرة مراجعة ما يعمله الإنسان بيديه خبرة عظيمة خاصة عندما يستطيع أن يعبر بيديه عما في عقله. وبينما يقوم بالإنتاج الفني شخص بمفرده فإن العلاج يتضمن وجود علاقة بين اثنين على الأقل معالج ومتعالج، وهذه العلاقة يمكن أن يطلق عليها مصطلح التحالف العلاجي Therapeutic Allienceالذي يتضمن العمل معاً، وليس شخصاً يعمل سعياً من أجل شخص أخر. وفي حديقة العلاج ينمو المتعالج بنفسه ويستكشف ذاته، فالعالم الداخلي الخيالي للفرد يمكن أن يعبر عنه في عالم الإنتاج الفني المرئي على الورق أو استخدام الصلصال. وأن عملية الاستمرار في عملية العلاج النفسي بالرسم يعطي المتعالج الإحساس والشعور بالإنجاز والإبداع

مما يؤدي إلى استمراريته في التقدم في مجال الرسم، ويساعد الفرد في تعلم ترتيب الأفكار وتنظيمها وإخراجها بطريقة منظمة وواضحة وهادفة إلى الواقع.

هذا، وتعد "مارجريت نومبورج"Noumporge إحدى رواد العلاج النفسي بالفن، حيث أسست مدرسة "والدين" waldin عام (1915) واشتهرت بدراسة العواطف اللاشعورية من خلال ممارسة الفن وتحليل الأعمال الفنية وتشخيص الاضطرابات المرضية (سري: 1990، 244).

وظائف لغة الرسم:

يمكن أن يكون للرسم وظائف مختلفة وهي:

أ- وظيفة نفسية علاجية: يعدُ الفن وسيلة يعبر فيها الطفل عن أفكاره ومشاعره وعواطفه وهو المنقذ لمخيلته الحية، وهو أحد أشكال النشاط العقلي الذي يضيء حجرات المخيلة وينشط جسم الفكر. وقد عمد علماء النفس والمربون منذ مدة طويلة إلى تقدير الأهمية العظيمة للفن بالنسبة للطفل فوجدوا أن الفن نشاط تلقائي يجد الطفل راحته العقلية والنفسية فيه، ويستطيع الطفل عن طريقه أن يعبر عن رغباته ومخاوفه وأخليته. وقد كشف محللون نفسيون النقاب عن كثير من الجوانب واستطاعوا تمييزها ومعالجتها، حيث اعتبروا التعبيرات الفنية التي ينطلق فيها الأطفال ليعبروا عن همومهم ومشاكلهم ومخاوفهم أسلوب علاجي للتخلص منها. ولتحليل رسوم الأطفال قيمة علاجية مهمة حيث يتعرض بعض الأطفال في حياتهم اليومية إلى الكثير من المضايقات أو يحدث وفاة لأحد أفراد عائلته أو يحدث الطلاق لأمه وأبيه فإن هذه من شأنها أن تولد التوتر والصراع والمخاوف. وإذا بقيت داخل الطفل دون أن تجد متنفساً لها فإنها تؤثر على تكوينه العاطفي والنفسي (جودي: 1997، 38).

فإذا بدأ الطفل برسم الأشخاص كأن يرسم دائرة بها نقطتان أو عينان ويقول هذا بابا أو ماما هنا يعتبر الطفل طبيعياً أم إذا هرب من رسم الأشخاص فهنا يبدأ التساؤل والبحث عن السبب لماذا لا يتعامل الطفل مع ما يسميه علماء النفس النمط الأيقوني ؟ ويقوم المعالج بالفن بتقريب هذا المفهوم للطفل من خلال الوجوه من حوله فيقول له هذا بابا وهذه ماما ثم يبدأ التوليف بين الأشكال الأدمية والأشياء الأخرى كالزهور والطيور من خلال هذا الحوار بين الطفل والمعالج يتعرف الطفل على الألوان وطريقة خلطها وعلى الأشياء من حوله فيرى شكل الوردة في الحديقة ويلفت المعالج نظره، أي أن هذه وردة كبيرة وتلك لونها أحمر، وهذه زروع لونها

أخضر، وهذه ساق وتلك أوراق. وهنا يبدأ الطفل في التعرف على هذه الأشياء التكوينية ويلمسها بيده وهو ما يسمى هنا العلاج باللمس. فعندما يلمس الطفل الأشياء بيديه يزول شعوره بالخوف من الكائنات والأشخاص من حوله فمن يستطيع التعامل مع الألوان كل لون منفصل ومزجه مع لون أخر يستطيع أيضاً أن يتعامل مع الأشخاص. ونلاحظ أن الأطفال العدوانيين يستخدمون الألوان القاتمة ويبدءون بتخريم الورق.

ب ـ **وظيفة تربوية تعليمة**: إن الرسم يقدم للطفل خبرات يستفيد بها في حياته مثلما يستفيد من دراسة الرياضيات والعلوم واللغة العربية؛ فممارسة لرسم تضيف للطالب بعداً جمالياً يمكنه من التعامل بشكل راقٍ في حياته يرتدي الملابس المتناسقة الألوان، ويحافظ على بيئته نظيفة وجميلة، ويرتب منزله وغرفته بشكل جمالي إلى جانب أن التربية الفنية يمكنها أن تساعد الطالب في استذكار وتذكر بعض المواد الدراسية وربطها ببعضها عن طريق الرسم التخطيطي للموضوع الدراسي، واستخدام ألوان كل جزئية. وبالتالي يمكن استرجاع أية معلومة عن طريق تذكر الشكل التخطيطي وألوانه. وهناك نظرية طبيعية فسيولوجية تؤكد أن فهم الفن الذي يشغل الناحية اليمنى من المخ يؤدي إلى زيادة فاعلية الناحية اليسرى المسؤولة عن فهم المواد العلمية من الناحية الحسية والحركية وأسلوب التفكير أيضاً تخيل وضع جسم في تمرين أو مسألة في الهندسة الفراغية.

ج ـ **وظيفة تعبيرية واتصالية**: تكمن القدرة التعبيرية في الرغبة في تجلية معنى الخبرة الذاتية، كما أن الاتصال يتم من خلال استخدام علاقات وإشارات معترف بها على صعيد المجتمع بشكل يمكن من نقل المعنى المراد. إن رسمةً لا تحوي كلا المظهرين معاً تظل بتراء ومشوهة بشدة. إن لغة تحقق الاتصال فقط ولكنها غير مدعومة بالقدرة التعبيرية تعطي رسالة ذات بعد اجتماعي غير أنها رسالة نمطية للغاية غير شخصية وخالية من التجديد. فإذا ما انضمت القدرة التعبيرية إلى وسيلة الاتصال فستكون اللحظة التي نحصل فيها على لغة للرسم تجعل من الممكن وجود اتصال بين الأشخاص يميز هذا الاتصال التعبير الزاخر بالإسهامات الشخصية.

إجراءات العلاج النفسي بالرسم:

يجب على المعالج أن يهيئ بيئة علاجية يتم فيها مواجهة ابتكارية في التعبير الفني بغية تشجيعه من خلال إزالة عائق التعبير الابتكاري والخوف من الأداء وقلق الأداء، ومن خلال المساعدة على التخلص من الخوف من كشف الذات، لأن المريض يعرف أن المعالج بالفن سوف

يقرأ إنتاجه الفني ويساعد على إزالة هذا الخوف وتعريف المريض بأهداف عملية العلاج، وأن المعالج والمريض يقران معاً ويستفيد المريض مما يكشف عنه التعبير الفني، وأنهما يريان معاً الإنتاج الفني وقد لا يراه أحد غيرهما حسب رغبة المريض. ومن المفيد أيضاً استخدام الحوافز كما يجب على المعالج أن يعمل على تجنب مقاومة المريض بالإنتاج الفني.

وعلى المعالج أن يسعى لتحقيق التفاعل مع المريض في التعبير الفني وذلك من خلال المشاركة المحدودة بقصد تشجيع المريض على البداية أو الاستمرار. وتوثيقاً للعلاقة العلاجية، فمهارة وابتكارية المعالج أمر هام جداً يتطلب فهم الذات وفهم المريض والفن والحياة مع التدريب المستمر والخبرة الواسعة. كما يقوم بمناقشة العمل الفني مع المريض ويساعده على استكشافه ويوجه بعض الأسئلة الاستيضاحية. وقد تؤدي هذه المناقشة إلى التداعي الحر أو الترابط الطليق. وتحتاج مناقشة العمل الفني إلى مهارة خاصة وخبرة فنية وعلاجية، وعلى المعالج أن يتعامل مع حالات المقاومة التي يبديها المريض أحياناً، وأن يتغلب على ما قد يطرأ من تحويل سواء كان سلبياً أو إيجابياً. ويستفاد من الإنتاج الفني في التشخيص النفسي رغم أن المرضى ذوي التشخيص الواحد يختلفون في خصائص رسومهم. فهناك رسوم من خصائصها الخلط والتقطيع والغرابة وهي تشير إلى الفصام وليس هناك رسوم المفصومين. وبما أن التشخيص يجب أن يكون دقيقاً وواضحاً، لذلك نؤكد أن العمل الفني وحده لا يكفي لتشخيص مؤكد ويحتاج إلى معلومات إضافية تساعد على فهمه.

مراحل تنفيذ البرنامج الإرشادي بالرسم:

تتم عملية الإرشاد بالرسم على مراحل من بدايتها إلى وسطها إلى نهايتها.

الجلسات التحضيرية:

تبدأ عملية الإرشاد بالرسم قبل أن يتقابل المعالج والمتعالج. إن إعداد غرفة العلاج بالرسم (بالفن)، وإعداد المواد الفنية يعتبر في حد ذاته بداية لعملية العلاج، ومنذ بداية العلاج لا بد وأن تحد الأهداف العامة والإجرائية. ومن أمثلة الأهداف الإجرائية: "أن ينخفض السلوك العدواني عند المتعالج". ويتم الاستعانة بأي سجلات عن المتعالج جنباً إلى جنب مع كل ما تيسر من وسائل الحصول على معلومات عنه. ويهتم المعالج في البداية بعملية التقييم والتقدير بهدف الحصول على معلومات عن المتعالج وشخصيته ومشكلاته، وعليه أن يؤكد على السرية التامة للمعلومات التي يجمعها عنه، وغايتها التشخيص والعلاج وليس الإنتاج الفني. ويرتكز

العلاج في العلاقة العلاجية الحساسة المشجعة الآمنة الدافئة الصديقة لتهيئة جو الألفة واستخدام الإنتاج الفني في عملية التقييم واستخدامه علاجياً . ويحرص المعالج في نهايات الجلسات العلاجية على تقديم بعض التعليقات الإيجابية التي تعبر عن المشاركة الانفعالية وعن إيجابية المتعالج وجهوده في إنتاج الجلسات.

التدخل العلاجي:

هذه المرحلة تتواصل مع سابقتها ولاحقتها وليس بينها فواصل واضحة، وتكون العلاقة العلاجية قد تمت، ومن خلال نمو عملية العلاج بالرسم وتقدمها يزداد الثقة المتبادلة، وتزداد تقوية ذات المتعالج وثقته في عمله وفي نفسه، ويتخلص من مخاوفه. وتفيد في هذه المرحلة بالتعبير عن تقدم العلاج النفسي وبصفة خاصة الرسوم المعبرة عن صورة الذات والتي تعبر عن الاتجاهات والمشاعر، وإنهاء عملية العمل الفني بالتدريج.

إنهاء عملية التدخل:

إن إنهاء العملية العلاجية تعدُّ خبرة انفصال بين المعالج والمتعالج لا بد أن يمهد لها وتتم بمهارة، وأفضل إنهاء لعملية العلاج هو الإنهاء الذي يكون بسبب تحقيق العملية لأهدافها بعد أن يتم العلاج والشفاء، وتكون صعبة نسبياً في حالة الإحالة إلى أخصائيين أو إلى مؤسسة علاجية أخرى. ويلاحظ أن فنيات إنهاء عملية العلاج بالفن تختلف عن حالات العلاج الفردي وعن حالات العلاج الجماعي وحالات العلاج المختصر، حيث تتم مراجعة نتائج الجلسات السابقة وأخذ المتعالج إنتاجه الفني تشجيعه على ذلك (سري: 1990، 261،257).

هـ برامج الإرشاد بالموسيقى:

لاشك أن الموسيقى هي أقدر الفنون على خدمة الإنسان، وهي أرقى أنواع منشطات الحياة والصحة النفسية والعضوية؛ فالصحة النفسية والعضوية هي تناسق الشيء مع كل شيء، الخلية مع الخلايا، والروح مع الأرواح، والإنسان مع الكون. كما تتناسق النغمة مع النغمات، والآلة مع الآلات. إن قضايا الموسيقى تستمد أهميتها من أهمية الموسيقى ذاتها كفن يعتبره أفلاطون أرفع الفنون وأرقاها، لأن الإيقاع والتوافق في يقينه يؤثران في الذات الداخلية والحياة الانفعالية للإنسان، بما ينعكس أثره على أعضاء الجسم وأجهزته.

وتدل الظواهر المختلفة على أن الموسيقى العربية القديمة استخدمت في الأغراض ذاتها التي كانت تستخدم فيها موسيقى الطقوس الدينية. من هذه الأغراض التغني بالشعر والاشتغال

بالسحر، وإذا عادت بنا عجلة التاريخ إلى الوراء يجب أن نذكر الطبيب البارع المصري القديم (امحتب) الذي كان من أوائل الذين استخدموا الموسيقى في العلاج، حيث أنشأ أول معهد طبي في التاريخ للعلاج بالذبذبات الموسيقية.

لقد ثبت طبياً أن التناغم الموسيقى وتناسق الأصوات يهب الإنسان تأثيرات مختلفة حسب نوع النغمات. فالموسيقى الهادئة تعمل على تصفية الذهن ودفع الملل والكآبة والقلق، وتنمي لدى الفرد النزعة المثالية الخيرة، وتعين على الشفاء من أمراض كثيرة: عضوية ونفسية. ولهذا زودت اليوم غرف المرضى في المشافي بأجهزة تبث الموسيقى الهادئة أعذبها، وكثير من العيادات الخاصة أيضاً جهزت بمثل هذه البرامج حرصاً على تهدئة المرضى وإبعاد الملل عنهم وهم ينتظرون في قاعة الانتظار. وهناك من الأبحاث اليوم ما يؤكد أن أنواعاً من الموسيقى الهادئة تعين على إزالة البدانة والشحوم وعلى خفض سكر الدم عند السكريين. وينصح مرضى القرحة والسكري والبدانة، وارتفاع الضغط بخاصة بالاستماع للموسيقى الهادئة والبعد عن الصخب الذي لا يؤدي إلا إلى التوتر النفسي (يحيى: 1995، 48، 50).

ويرى العلماء أن العلاج بالموسيقى الذي استخدام لزمن طويل في معالجته المشكلات والاضطرابات السلوكية يساعد في تحسين قدرات النطق والتكلم عند الطفل المصاب بحنك مشقوق، بل وتتيح له الغناء أيضاً من خلال تفاعله مع الأفراد الآخرين، وتشجيعه على النطق السليم للكلمات ومخارج الحروف بتعليمه تمرينات خاصة تخفف المشكلات المتسببة عن حالته المرضية.

كما أشار الأخصائيون إلى أن الألحان الموسيقية العذبة تساهم في تنمية الإدراك الحسي والذهني للطفل وقدرته على الملاحظة والتنظيم المنطقي للأشياء وتنمية ذاكرته على الابتكار، إضافةً إلى دورها في تسهيل التعلم والاستيعاب (Hisyria.com /Medicine-news327)

وقد أثبتت إحدى الدراسات أن الاستماع لموسيقى "موزارت" مفيد للأطفال الذين يعانون من اضطرابات قصور الانتباه. وقد أجرى روسالي ريبولوبات وزملائه دراسة (19) طفلاً تتراوح أعمارهم (7–17) عاماً ممن يعانون اضطراب قصور الانتباه وكانوا يقومون بتشغيل موسيقى موزارت لهؤلاء الأطفال ثلاث مرات أسبوعياً أثناء جلسات التغذية الاسترجاعية الحيوية لموجات المخ. وقد أظهرت النتائج انخفاض موجات بتا لدى أولئك الذين استمعوا للموسيقى (وموجات بتا هي موجات بطيئة وتوجد بشكل كبير لدى المصابين بقصور الانتباه

بنفس درجة إيقاع الموسيقى) كما تحسنت حالتهم استمر 7٪ منهم على حالته هذه لمدة ستة أشهر بعد انتهاء الدراسة ودون المزيد من التدريب (أمين: 2005، 174).

كما تلعب الموسيقى دوراً علاجياً للكثير من الاضطرابات الجسمية والنفسية. فعلى سبيل المثال، فالموسيقى تساعد في تنشيط وتقوية المخ وخاصة المصابون بخلل ما في وظائف المخ، فمثلاً يعاني مرضى الجلطة الدماغية من مشاكل كبيرة في قدرتهم على تحريك الساقين، حيث يتم ذلك ببطء شديد خطوة بخطوة فإنهم لا يستطيعون تنظيم خطواتهم بل يمشون في منحنيات، ويفتقرون القدرة على رفع أرجلهم عن الأرض.

وأظهرت دراسة جديدة أن الاستماع إلى الموسيقى ذات الإيقاع البطيء أو التأملي لها تأثير ملطف على الناس وتبطئ من تنفسه وضربات قلبه في حين أن الاستماع إلى الموسيقى ذات الإيقاع الأسرع لها تأثير عكسي حيث تؤدي إلى زيادة التنفس وعدد ضربات القلب. وتدعم هذه النتيجة التي تظهر في الدورة الدموية للقلب عدداً متزايداً من الأبحاث بشأن الفوائد الصحية المحتملة للموسيقى فيما يتعلق بتخفيف حدة التوتر. ويقول الباحثون إن توقف الموسيقى لمدة دقيقتين أثار بشكل فعلي حالة من الاسترخاء بشكل أكبر مما لوحظ قبل بدء الأشخاص الاستماع إلى التسجيلات الموسيقية وهذه التأثيرات ملحوظة بشكل أكبر بالنسبة للأشخاص الذين تلقوا تدريباً موسيقياً ربما لأنهم تعلموا كيفية التوفيق بين تنفسهم والقطع الموسيقية. ويتكهن "سليجت وزملاؤه" بأن الموسيقى قد تثير البهجة كنتيجة للتغير الموجه بين الإثارة والاسترخاء.

وللإيقاع الموسيقي دور مهم في تنظيم النوم واليقظة؛ فهو الحقيقة بين الموسيقى والطب، ويمكن أن تؤثر على أعضائنا". وهناك أمثلة تؤيد استخدام الموسيقى لتنظيم الإيقاع. فمثلاً استخدام العلماء برامج موسيقية يتم بثها لرواد الفضاء، كما حدث على المحطة الفضائية "مير" مهمتها تنظيم إيقاع النوم والاستيقاظ نظراً لعدم إحساسهم بآلية الليل والنهار، وتمت دراسة ضربات القلب لديهم طوال الرحلات التي قاموا بها. وقد رصدت أجهزة الحاسب الآلي أن ضربات القلب لدى رواد الفضاء تتطور وفقاً لنماذج رياضية تؤكد قاعدة بسيطة هي أن الإنسان في حالة الاسترخاء والراحة تنتظم ضربات قلبه، أما في حالات الخوف والتوتر أو الألم فإن إيقاع الضربات يشتد ويقوى... وقد أعطت هذه النتائج مؤشراً للباحثين في مجال

الموسيقى أنه من الممكن بث خليط من الموسيقى لدى المرضى بإيقاع متغير مما يؤدي إلى تخليص القلب من الأزمات والمتاعب (مجلة الحياة الموسيقية: 1999، 14).

كما أن للموسيقى أثر على كفاءة العضلات، فقد درست التأثيرات الموسيقية على وظائف الجسم وأجهزته المختلفة، وقام ببحث التجربة "دوجل وونـدت" وغيرهم، إذ قام برسم وتخطيط كفاءة العضلات، وقد أثبت تخطيط رسم العضلات أن سماع الموسيقى المناسبة يزيد من نشاط العضلات ويرفع كفاءتها، مما يرفع بالتالي كفاءة النشاطات لدى الفرد وهذا ينعكس إيجابياً على مردود الإنتاج.

وقد قام العلماء بدراسة الآلية النفسية التي تربط حاسة السمع بحركة الجسم الإنساني وقد استطاعت التكنولوجيا المتطورة أن توضح على شاشات الحاسب الآلي العلاقة بين الأنغام والإيقاع والحركة الخاصة بالأطراف لدى المتطوعين الذين تجرى عليهم الأبحاث، ولقد بينت الأبحاث أن هناك علاقة بين حاسة السمع والإيقاع فالجنين في بطن الأم يستمع جيداً لإيقاع ضربات القلب. واكتشف باحثو فريق "مايكل تاوت" أن المخ البشري سريع للغاية في تلقي الإيقاعات الخارجية بحيث يحولها إلى حركات داخلية هذه المعادلة لا يشعر بمدى إعجازها الأصحاء الذين يتمتعون بها ولو راقبنا مجموعة من الجنود يسهرون على إيقاع مارش عسكري لوجدنا أن خطواتهم تنتظم تماماً مع إيقاع موسيقي.

لذلك، يمكن القول: إن البرامج الإرشادية التي تستخدم الأساليب الفنية (الرسم، الموسيقى، الغناء، التعبير الإيمائي...) في عملها قد تلعب دوراً مساعداً إلى جانب الفنيات النفسية الأخرى في خفض حدة بعض الاضطرابات الانفعالية كالقلق والخوف والتوتر العضلي.. وهنا ينبغي على المرشد أو المعالج النفسي الذي يقدم المساعدة للآخرين أن يشرك متخصص بهذه الفنون، وذلك عندما يتطلب منه الأمر استخدام الرسم أو الموسيقى مع أحد المتعالجين، لأن هذا يساعده كثيراً في وصف تفسير التغيرات التي يمكن أن تطرأ على سلوكيات المسترشد جراء هذا الاستخدام. كما أن هذه الأساليب الفنية المساعدة قد تستخدم بشكل إرشاد فردي أو بشكل إرشاد جماعي، وهذا يتوقف على طبيعة المشكلة، واستعداد المسترشد لتقبل هذا النوع من الدعم الفني، لأن بعض المسترشدين في بعض المجتمعات المحافظة يرفضون رفضاً قاطعاً استخدام مثل هذه الفنيات في الإرشاد والعلاج النفسي على اعتبار أن الموسيقى والرسم والنحت وغيرها من الفنون من المكروهات في المجتمعات الإسلامية.

و- برامج الإرشاد بالمحاضرة والمناقشات الجماعية:

تُعد برامج الإرشاد بالمحاضرة من أساليب الإرشاد الجماعي الوقائي، إذ يغلب فيها المناخ شبه العلمي، ويلعب فيها التعليم عنصراً مهماً، وهذه البرامج تهدف في الغالب إلى تعديل اتجاهات الأفراد نحو مسالة من المسائل: الصحية، النفسية، الاجتماعية، التربوية، الأخلاقية.... وتعتمد أغلبها على المحاضرة التي يلقيها أحد الخبراء في مجال الإرشاد النفسي، كخبير في مجال الإدمان على المخدرات إذا كان الهدف من البرنامج هو الوقاية، وغالباً يلي المحاضرة مناقشة من قبل الحضور الذين يفضلون أن تكون مشكلاتهم واحدة.

وتُعد هذه التقنية أسلوب تعليمي، حيث تستعمل مادة مكتوبة في نصوص كالقصص والمسرحيات والروايات والكتيبات. ومن خلال توحد أو محاكاة بعض العملاء مع الشخصيات في القصة، وبمساعدة المرشد يصبحون قادرين على اكتساب نوع من الفهم الذي يمكنهم من حل مشكلاتهم وتحقيق أهدافهم. وهناك العديد من الطرائق التي يمكن أن يستعمل فيها هذا الإجراء إلا أن هذا الاستعمال يعتمد على أمور منها: عمر المسترشد، وجنسه، وتوافر المادة المكتوبة، والمكان المحاضرة (خليفة: 1994، 75).

ح - برامج الإرشاد بالقراءة Biblliocounseling Programms

إن فكرة الإرشاد أو العلاج بالقراءة ليست جديدة، وإنما عرفت منذ أن عرف الإنسان الكتابة، حيث اعتقد أرسطو أن للأدب تأثيرات علاجية. ويرجع الفضل في صياغة هذا المصطلح إلى كروثرز Crothers الذي نشر مقالاً عام (1916) يبين فيه أهمية القراءة في العلاج النفسي (محمود: 2002، 598).

ويعرف الإرشاد بالقراءة بأنه نشاط ملحق بالعلاج النفسي يخططه ويوجهه ويضبطه أمناء المكتبات بالتعاون مع فريق العلاج النفسي، وهذا النمط من العلاج يؤكد أن للإنتاج الفكري أثراً كبيراً في الشخصية من خلال:

- الاتحاد أو التمثل، أي الارتباط الحقيقي أو الخيالي أو الفكرة الموجودة بالإنتاج الفكري.
- التنفيس الانفعالي.
- التبصر وإدراك وضع الشخص ودوافعه.
- الاسقاط وعزو دوافع الشخص وعواطفه إلى الآخرين وبالعكس.

وتعتمد هذه الفنية على تحليل وتحديد احتياجات وميول المسترشد وإشراكه في هذا الاختيار، مما يضمن إحداث عملية تفاعل دينامية بين شخصية المسترشد وشخصية المادة القرائية. وتحتوي هذه العملية على مراحل عدة أهمها:

أ. التوحد: حيث يرى فيها المسترشد شخصية معينة أو موقفاً ما كأنه حقيقي.

ب ـ التنفيس الانفعالي: إذ يدرك المسترشد أن الآخرين لديهم مشكلات تماثل مشكلاته.

ج ـ الاستبصار: وهنا يدرك المسترشد أنه يمكن عمل أي شيء لحل المشكلة، وعندئذ تفتح هذه الفنيات طريقاً إضافياً نحو المكتسبات العلاجية بدحض الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات غير المنطقية وإعادة تشكيل البنية المعرفية للمسترشد.

ونذكر على سبيل المثال هنا أهمية هذه الفنية في العلاج النفسي، حيث استخدمتها "برديك وماركودار" Pardeck&Markward، 1995 في مساعدة الأطفال في التعامل مع مشكلاتهم، واستخدمها "زنتنر"Zentner، 1993 لمساعدة القراء على تفهم الاكتئاب. إضافة إلى ذلك فقد استخدمها الباحث الحالي مع بعض الحالات التي عالجها كحالات القلق الاجتماعي، والوساوس المتسلطة، والإدمان على المخدرات، وقد لاقت هذه الفنية نجاحاً طيباً مع تلك الحالات.

6. تصنيف البرامج حسب دور كل من المرشد والمسترشد: ومنها: .

أ. برامج إرشاد مباشرة (Directive Programs):

وهي البرامج التي تستخدم في أثناء تطبيقها أو تنفيذها الأسلوب الموجه أو المباشر مع المسترشد، حيث يلعب المرشد الدور الأكبر في العملية الإرشادية، فهو يقوم بعملية تشخيص المشكلة، وتفسير النتائج، والتحضير للبدء لعملية الإرشاد، وتحديد أهداف العملية الإرشادية، واختيار الفنيات المناسبة لمواجهة مشكلة المسترشد وتعديلها بالاتجاه الإيجابي.

ويعتقد بعض الخبراء في هذا المجال وخصوصاً ويليامسون Williamson أن هذا اللون يقدم للمسترشدين الذين تنقصهم المعلومات ويطلبونها. كما أنه يقدم للمسترشدين ذوي المشكلات الواضحة. وغالباً، تتم إجراءات سير البرنامج الإرشادي المباشر وفق الآتي:

ـ التحليل: ويتضمن جمع المعلومات عن المشكلة التي يعاني منها المسترشد.

ـ التركيب: ويعني تنظيم وتجميع المعلومات وتحليلها بشكل دقيق.

ـ **التشخيص**: ويعني تحديد المشكلة وأعراضها وأسبابها والعوامل البيئية والذاتية والاجتماعية التي ساهمت في وجودها.

ـ **التدخل الإرشادي**: ويتضمن استخدم فنيات مناسبة للوصول إلى حل للمشكلة، وإقناع المسترشد بهذا الحل.

ـ **المتابعة**: وتتضمن إجراءات قياس التحسن الذي طرأ على سلوك المسترشد بعد فترة من انتهاء البرنامج.

ب ـ برامج إرشادية غير مباشرة: Non- directive Programs

يسمى هذا الشكل من البرامج بالبرامج الإرشادية المتمركزة حول المسترشد أو الشخص Client –Centred Therapy، حيث يكون المسترشد في بؤرة الاهتمام في العملية الإرشادية على اعتبار أن المسترشد هو أعرف بنفسه من غيره، لذلك يقع عليه العبء الكبر في هذه العملية. فهو يشارك المسترشد في التعرف إلى ذاته واكتشافها بطريقة تسمح له باستبعاد الخبرات المشوهة والمنكرة في بنية الذات واستبدالها بخبرات متسقة في بنية الذات. ويتجلى دور المرشد في مساعدة المسترشد على النمو السوي وإحداث التطابق بين مفهوم الذات الواقعي والمثالي والاجتماعي في ظل مناخ نفسي آمن يتسم بالتقبل والاحترام والثقة.

ويعود الفضل الأول في ابتكار هذا النوع من البرامج الإرشادية إلى كارل روجرزRogers الذي يعد بحق في نظر كثير من علماء الإرشاد النفسي المؤسس الأول له. حيث لخص طريقته بالقول: إذا توافرت علاقة إرشادية بين المرشد والمسترشد في مناخ نفسي آمن، فإن العميل يمكن أن يحقق أفضل نمو نفسي.

أما خطوات سير البرنامج الإرشادي فهي: إقامة علاقة بناءة مع المسترشد، الإصغاء الفعال لكل ما يقوله المسترشد، والمساعدة على اكتشاف الذات وتقبل الخبرات المشوهة. وسوف يتطرق المؤلف بالشرح المفصل إلى هذا اللون من الإرشاد في فصل لاحق.

7 ـ تصنيف البرامج حسب تقنيات الاتصال والتواصل: ومنها.

أ ـ برامج بالتواصل المباشر Directive Communication Programs

وهي البرامج التي تعتمد وجود المرشد والمسترشد في مكان متفق عليه ـ عيادة، مركز إرشادي، غرفة المرشد في المدرسة ـ ويتم تقديم الخبرة الإرشادية مباشرة للمسترشد من دون أية حواجز. ومعظم البرامج الإرشادية تتم وفقاً لهذا الشكل.

ب ـ برامج عبر الشبكة التلفزيونية المغلقة:

تم حديثا في بعض الدول الغربية استخدام هذا الشكل من البرامج، وذلك بهدف تقليل التكلفة المادية وخصوصاً عند مواجهة مسترشدين يعانون من مشكلات متشابهة، كالقلق الامتحاني في مراحل التعليم المختلفة. حيث يقدّم المرشد النفسي عبر هذه الشبكة نموذجاً مثالياً لإرشاد طالب يعاني من القلق الامتحاني، ثم يستمع من باقي الطلبة لتعليقات وتوضيحات حول بعض النقاط التي وردت في الفيلم أو في الجلسة حول كيفية التخلص من تلك المشكلة. ويساعد هذا الشكل من الإرشاد الجماعي كل من المرشد والمسترشدين على تحقيق أهداف الإرشاد بوقت قصير وتكلفة وجهد أقل بالمقارنة مع الإرشاد الفردي. فعلى سبيل المثال، لو أراد مرشد نفسي مدرسي أن يذكّر الطلاب بموعد محاضرة وقائية عن خطر المخدرات، فبدلاً من أن يمر على (20) قاعة في المدرسة، أو يجمع الطلاب في قاعة كبيرة، فإنه بإمكانه أن يأخذ الميكرفون (المايك) ويذكّر الطلاب بذلك وهو جالس في مكتبه. كما أنها تساعد المسترشد على البوح بمكنونات نفسه للمرشد من دون أدنى حرج أو قلق.

ج ـ برامج تتم عبر التلفون:

إن الخدمات التي تقدم عبر التلفون لا يمكن اعتبارها برامج إرشادية بالمعنى الحقيقي، وإنما هي عبارة عن استشارة نفسية يقوم بها خبير في مجال الإرشاد النفسي للأفراد الذين يعانون من مشكلة محددة المعالم، ويحتاجون إلى تعليمات أو إرشادات للتخلص منها، وتسمى هذه الخدمة بخدمة الخط الساخن، ولكن ما يؤخذ على مقدمي هذه الخدمة أنهم غير متخصصين في مجال الإرشاد النفسي، وهذا مما يقلّل من فائدة الخدمة، لذلك إذا أردنا أن تفعّل هذه الخدمة الإرشادية مستقبلاً في البلاد العربية لضرورتها وحاجتها الماسة لبعض المجتمعات وخصوصاً التي لا يحبذ أفرادها الذهاب إلى العيادة النفسية أن يفرد لها قسم في مجال الإرشاد النفسي، يتم

فيه تدريب المرشدين على تقديم الخدمات الإرشادية المختصرة بطريقة علمية من أجل الوصول إلى النتائج المطلوبة.

د - برامج تتم عبر الانترنت:

هي عبارة عن برامج تم إعدادها مسبقاً من قبل متخصصين في مجال الإرشاد النفسي والطب النفسي، ثم طبعت وأرسلت إلى شبكة الانترنت. وهذه البرامج تتناول مشكلات انفعالية ونفسية واجتماعية. يمكن أن يستفيد من هذه البرامج كثير من الأفراد الذين لديهم مشكلات بسيطة. ولكن ما يؤخذ على هذه البرامج أنها نمطية ولا تراعي الفروق الفردية بين المسترشدين على اعتبار أن الخدمة الإرشادية ليست وصفة جاهزة تناسب كل المشكلات والأفراد. إضافة إلى ذلك فإن المعالج لا يمكنه متابعة الحالة وقياس أثر التحسن على المستوى السلوكي والأدائي للمسترشد بعد انتهاء الحالة أو المسترشد من تنفيذ خطوات البرنامج، بالرغم من وجود كاميرات التواصل بين المرشد والمسترشد عبر تقنية الماسينجر.

8. تصنيف البرامج حسب مكان تطبيقها:

ويمكن أن نذكر منها على سبيل المثال:

أ- برامج مصممة في مكان محدد (عيادة، مركز إرشادي):

وهي برامج تقدم لحالات خاصة تعاني من مشكلات نفسية غير واضحة المعالم، وأغلب الخدمات الإرشادية والعلاجية تقدم بطريقة فردية وليست جماعية. وهذا المكان يجب أن يتوافر فيه الشروط الصحية بشكل كامل، إضافة إلى وجود أجهزة القياس النفسي والفيزيولوجي أو ألعاب الأطفال في مكان مخصص في العيادة حتى لا تثير قلق المسترشد.

ب - برامج مصممة في البيئة:

يمكن أن يتم تنفيذ البرنامج الإرشادي أو التدريبي في البيئة الحقيقية لظهور المشكلة؛ فالطفل الذي يعاني من قلق اجتماعي أو خوف من أقرانه في غرفة الصف؛ فعلى المرشد أن ينفذ البرنامج في البيئة المدرسية كغرفة المرشد التربوي، والطفل الذي يعاني من السلس الليلي، يجب أن يتم تطبيق هذا البرنامج في المنزل من قبل الأم. أي إن لكل برنامج إرشادي أو علاجي بيئة مادية يطبق فيه، تتوافر فيها الشروط الصحية، ومعروفة من قبل الآخرين والسلطات المحلية.

ج - برامج مصممة في أماكن بعيداً عن البيئة (معسكر، مخيم):

وجدت أغلب هذه الأماكن في العمل الإرشادي بهدف تأهيل المتعالجين نفسياً واجتماعياً بعيداً عن بيئتهم الأساسية، كالمدمنين على المخدرات الذين يعانون من ضغوط نفسية شديدة في بيئتهم، لذلك يلجأ المعالجون إلى إتباع الأساليب العلاجية لبعض الحالات في تلك الأماكن، بشكل يساعدهم على تخفيف معاناتهم النفسية بعيداً عن الآخرين الذين يمكن أن يشكلوا لهم عامل ضغط نفسي.

9. تصنيف البرامج وفقاً للمنهج الإرشادي المتبع:

في الحقيقة ثمة ثلاثة أشكال من البرامج الإرشادية تُعد الأكثر شيوعاً في مجال الممارسة العملية للإرشاد النفسي استخدمها الباحثون في أبحاثهم وتجاربهم المختلفة. وقد تنوعت هذه البرامج تبعاً للمنهج المتبع، والنظرية التي يستند إليها، وطبيعة المشكلة وشدتها، وهي كالآتي:

أ. البرامج النمائية: Developmental Programs

تهدف هذه البرامج إلى مساعدة الأفراد في سني حياتهم المختلفة على إنماء الجوانب الإيجابية لديهم وتعريفهم بقدراتهم، واستثمارها الاستثمار الأمثل بشكل ينعكس ذلك على توافقهم النفسي والاجتماعي. ومثال ذلك البرامج التدريبية التي تقدم لطفل مهمل في أداء واجباته المدرسية بالرغم من أنه يملك الكثير من القدرات العقلية والمعرفية، لكنه لا يعرف كيف يستثمرها. وهنا يأتي دور المرشد النفسي بتقديم المعلومات والأساليب اللازمة لاستثمار هذه القدرات والإمكانيات بالطريقة الإيجابية. وكذلك نسمع عن البرامج التي تسعى إلى تنمية المهارات الاجتماعية لدى الفرد الذي لا يستطيع إقامة علاقات بناءة مع الآخرين نتيجة لسلوكه الفوضوي.

ويتمثل هذا المنهج في المجال التربوي في إيجاد البرامج التي تحمي الطلاب من الوقوع في المشكلات والصعوبات التي تعوق نموهم واستفادتهم من الفرص التعليمية المتاحة، ولا يتأتى ذلك كله إلا بتعاون وثيق بين الأسرة والمدرسة بما يكفل رعاية الطالب صحياً ونفسياً واجتماعياً، الأمر الذي يدعم توافقه ويزيد من ثقته بنفسه ويجنبه السلوك غير السوي.

بمعنى آخر، تسعى هذه البرامج التي تتبنى هذا المنهج بالدرجة الأولى إلى تعديل السلوكيات السلبية وتدعيم السلوكيات الإيجابية لدى الأفراد العاديين وتعزيزها بهدف المحافظة

على توافقهم النفسي والاجتماعي، ورفع كفاءتهم إلى أقصى حد ممكن تسمح به قدراتهم وإمكاناتهم في النمو السليم والصحة النفسية والسعادة، ويتحقق ذلك عن طريق معرفة الذات وفهمها وتقبلها، ونمو مفهوم موجب للذات، وتحديد أهداف واضحة في الحياة، واستخدام أسلوب حياة موفق من خلال دراسة الاستعدادات والقدرات والإمكانات وتوجيهها التوجيه السليم نفسياً وتربوياً ومهنياً.

ب ـ البرامج الوقائية: Preventive Programs

يهدف هذا النوع من البرامج إلى وقاية أفراد المجتمع وحمايتهم من الوقوع في براثن الاضطرابات النفسية والسلوكية والعقلية والاجتماعية التي قد يتعرضون لها في حياتهم اليومية. فقد نجد العديد من هذه البرامج تسعى إلى تحصين الأفراد من الوقوع في تعاطي المخدرات على سبيل المثال، أو حمايتهم من المشكلات الجنسية الناجمة عن الممارسات الشاذة وما تسببه لهم من نتائج صحية خطيرة كالإيدز والأمراض الجنسية الأخرى. كذلك توجد برامج داعمة للوالدين حول كيفية التربية السليمة للأبناء.

وتمثل أوجه القصور التي تظهر في البرامج العلاجية حافزاً أساسياً لتطوير البرامج الوقائية كالتكلفة الباهظة وغير الكافية لعموم أفراد المجتمع، حيث لا يتسنى تقديم الخدمات العلاجية بشكل فردي لجميع الأفراد. وإن تم ذلك فتوجد مشكلة أخرى في أعداد المعالجين النفسيين. أضف إلى ذلك إعاقة كثير من المشكلات النفسية والسلوكية للعلاج الفعال كإساءة استخدام العقاقير نتيجة لعوامل كثيرة. ومن كل هذا يمكن التغلب على هذه المشكلات باستخدام البرامج الوقائية. ويوضح تقرير الكونغرس الأمريكي لعام 1991 أن حوالي ثلثي الأطفال والمراهقين يحتاجون إلى مثل هذا النوع من الخدمات النفسية.

وللبرامج الوقائية مستويات ثلاثة هي:

أ- برامج الوقاية الأولية Primary Prevention: وتتضمن محاولة منع حدوث الاضطراب النفسي، وذلك من خلال: إزالة الأسباب حتى لا يقع الشخص في المحظور، ولتدعيم ورفاهية الأفراد الذين لم يتأثروا بعد باضطراب الأداء الوظيفي. وفي ضوء ذلك تقدم هذه البرامج إلى تلك المجموعات من الأفراد الذين لم يخبروا مشكلات التوافق، وذلك عن طريق وسائل عدة منها: التشجيع، وحرية الاكتشاف والتجريب، وحرية التعبير عن المشاعر، والمساندة الانفعالية

خلال مراحل المشقة، والتأكيد على العلاقات الحوارية البناءة. والهدف النهائي لهذه البرامج هو توافر بيئة صحية لدى الفرد وصولاً إلى مجتمع صحي من الناحية النفسية والانفعالية.

ب ـ **برامج الوقاية الثانوية Secondary Prevention**: فهذه البرامج تركز على الأفراد الذين تبدو عليهم بالفعل دلائل مبكرة للاضطراب النفسي سواء أكانت بسيطة أو متوسطة، أو تقدم للأفراد الذين يعدون في خطر يجعلهم عرضة للمشكلات النفسية. ويتم إعداد هذه البرامج بهدف وقف تطور الاضطراب النفسي حتى لا يصل إلى ما هو أسوأ.

ج ـ **برامج الوقاية من الدرجة الثالثةTertiary Prevention**: وتتضمن البرامج التي يتم تطبيقها على الأفراد الذين يعانون بالفعل من مشكلة نفسية شديدة، بالرغم من أن الهدف الذي تسعى إليه مثل هذه البرامج إلى تحقيقه قد يتمثل في منع تطور تلك المشكلة لدى هؤلاء الأفراد إلى الأسوأ. والملاحظ أن هذا النوع من البرامج لا يستخدم على نطاق واسع في التراث النفسي والطبي الخاص بالبرامج الوقائية، لأن هذا يعادل البرامج العلاجية، ومع ذلك تعد هذه البرامج ذا أهمية كبيرة في الصحة النفسية، نظراً لأنه يضع كلاً من الوقاية والعلاج على متصل من النقاط التي تتعلق بالتدخل العلاجي.

هذا، وتتركز الخطوط العريضة لهذه البرامج في وقاية الأفراد من الاضطرابات النفسية، وذلك عن طريق:

ـ **الإجراءات الوقائية الحيوية**: وتشمل الإجراءات الخاصة بالصحة العامة، كرعاية الأم، ووقاية المسترشد (الطفل)، والتخلص من العوامل الخطرة في البيئة، والفحص الطبي الدوري وغيرها.

ـ **الإجراءات الوقائية النفسية**: وتتضمن فحص النمو النفسي السوي لتطويره، والعمل على تحقيق التوافق الانفعالي، والتوافق الاجتماعي، ورعاية النمو العقلي، ونمو المهارات الأساسية والتوافق الدراسي، وتنمية أساليب التنشئة الاجتماعية السليمة.

ـ **الإجراءات الوقائية الاجتماعية**: وتشمل رفع مستوى المعيشة، وتيسير الخدمات للمواطنين، والاهتمام ببرامج التوعية من خلال وسائل الإعلام المختلفة، والاهتمام بالبرامج الوقائية في المؤسسات الاجتماعية المختلفة، كإجراء الدراسات والبحوث العلمية وعمليات التقويم والمتابعة والتخطيط العلمي في مجال الوقاية الفردية والاجتماعية.

وقد أثبتت هذه البرامج فعاليتها في العديد من مجالات الاضطراب النفسي البرامج الوالدية والأسرة الباكرة، والبرامج المدرسية، والبرامج المجتمعية. ويرى زجلر وآخرون Zigler et al، 1992;997 فعالية هذه البرامج في حماية الأطفال والمراهقين من المشكلات السلوكية، كالتسرب من المدرسة، والسلوك المضاد للمجتمع.

ج ـ البرامج الإرشادية والعلاجية: **Remedical Programs**

وهي البرامج التي تقدم للأفراد الذين وصل بهم الاضطراب النفسي إلى درجة من الشدة الواضحة، وانعكست آثاره على سلوكياتهم وأفكارهم ومشاعرهم، مما أفقدهم في أحيان كثيرة توازنهم النفسي والاجتماعي. أي أن هذه البرامج تقدم للأشخاص الذين هم أقرب إلى المرض من السواء النفسي كالعصابيين (القلق، الاكتئاب، الهستيريا، الوساوس المتسلطة والأفعال القهرية، والسلوكيات المضادة للمجتمع، والاضطرابات الجسدية ذات المنشأ النفسي، وبعض حالات الذهان كفصام المراهقة أو ثمالة الفصام. فقد نجد برنامج يسعى إلى تحديد فاعلية الإرشاد المتمركز حول المسترشد في خفض حدة اضطراب القلق العام لدى الأفراد الذين يعانون منه، ونجد برنامج آخر يتناول العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من أعراض النشاط الزائد لدى الأطفال، أو السلوك العدواني، أو اضطراب الوساوس والأفعال القهرية... إلخ.

ونستنتج من كل هذا، أن الحاجة الماسة لهذه البرامج في الوقت الراهن تكمن في تقديم الخدمات النفسية للأطفال والمراهقين والكبار الذين من المحتمل يتعرضون لكثير من أحداث الحياة الضاغطة أكثر من أي زمن مضى، وذلك نتيجة للتفجر المعرفي الهائل والأزمات العالمية السياسية والاقتصادية والاجتماعية من خلال برامج إرشادية متنوعة: وقائية ونمائية وعلاجية، بهدف التخفيف من حدة مصادر تلك الضغوط والقلق النفسي الناجم عنها، ولكن مهما تنوعت أو زادت كفاءتها لا يمكن أن تفي حاجات الأفراد جميعها، لأنها قد لا تصل في كثير من الأحيان إلى جميع أفراد المجتمع، وإن وصلت فربما تصل مشوهة ومحرفة، لأنها لم تعالج المشكلات في إطارها الاجتماعي والثقافي.

الفصل الثالث
الخطوات الرئيسية
في تخطيط وبناء البرامج الإرشادية

- المبادئ العامة في بناء البرامج الإرشادية
- تقدير حجم المشكلة
- التعريف بالمشكلة
- تشخيص المشكلة
- استخدام الاختبارات في العملية الإرشادية

الفصل الثالث

الخطوات الرئيسية في تخطيط وبناء برامج الإرشاد النفسي

مقدمة:

هناك حقيقة علمية في الإرشاد النفسي مفادها: إنه لا يمكن وضع أي برنامج إرشادي أو علاجي مستقل بذاته عن أهداف المؤسسة التربوية التي أُعد من أجلها ومبادئها وقواعدها. فإذا ما رغب فريق إرشادي بوضع برنامج لمعالجة مشكلة ما لدى فئة من الفئات التي تم ذكرها في الفصل السابق، فإن عليهم أن يتبادلوا الرأي والمشورة مع القائمين على أمور المؤسسة سواء أكانت المؤسسة عامة (رسمية) أم خاصة (غير رسمية) حتى يكون ذلك البرنامج متوافقاً مع السياسة العامة للمؤسسة. فقيمة أي برنامج إرشادي تكمن في مدى الدقة والموضوعية والشمولية في تخطيطه ومقاربته للإطار المجتمعي الذي يبنى له. فعدم توخي الدقة في تخطيطه قد يؤدي إلى عدم فاعليته وشل نشاطاته وخدماته المقدمة لأفراد المجتمع الذي يعمل لصالحهم. إضافة إلى ما سبق، فإن هناك احتمالاً لفشل البرنامج في تأدية مهمته عند تطبيقه من قبل المرشدين الذين يظنون أن عملية الإرشاد يمكن أن تتم داخل مكاتبهم، وينتظرون من المسترشدين أن يأتوا إليهم بمشكلاتهم لحلها لهم أو المساعدة على حلها، فمثل هذا المرشد لا يُعد أكثر من موظف ينتظر آخر الشهر ليستلم راتبه.

ومن هنا، فإن البرنامج الإرشادي يجب أن يكون منظماً ومتكاملاً ومنسقاً ومخططاً تخطيطاً دقيقاً، وله أهدافه التي يسعى لتحقيقها، وأدواته التي يستخدمها للحصول على البيانات اللازمة لدى المسترشدين، والأساليب أو الفنيات المناسبة، والفترة الزمنية اللازمة للتطبيق، والتقييم المرحلي والنهائي.

وقد أشار "ريان وزيران" (Zeran&ryan 1985) إلى ذلك بالقول: " إن الطريقة المنظمة لتحليل حالة ما تحليلاً دقيقاً قدر المستطاع تكمن في معرفة طبيعة العناصر التي تربط بين بعضها بعضاً والتي تؤدي إلى جعل الحالة على ما هي عليه، وفي مدى إقامتها لعلاقات متبادلة

بين العناصر المكونة لها، بحيث تكون وحدة متكاملة لتزودها بالوسائل التي تعود على المجتمع بأفضل النتائج المتوخاة" (العاسمي ورحال: 2005، 324).

وقد أشرنا في فقرة سابقة إلى الأهداف الرئيسة للعملية الإرشادية المتمثلة في البرامج الإرشادية التي تسعى إلى تعديل سلوك المسترشد وأفكاره وانفعالاته من خلال عملية تقوم على إعادة التنظيم الإدراكي للمسترشد وتعديل سلوكه، وتعليمه أساليب جديدة يستطيع من خلالها التوافق مع متطلبات الحياة اليومية على المستوى الفردي والجماعي. وهذه العملية تسير وفق خطوات وإجراءات عملية مدروسة بدقة، وأهمها مايلي:

أ ـ تحديد السلوك المطلوب تعديله لدى المسترشد.

ب ـ تعريف السلوك المراد تعديله إجرائياً.

ج ـ تحديد الشروط التي يحدث فيها السلوك غير المرغوب فيه.

د ـ تحديد العوامل التي تساعد على استمرار السلوك المضطرب الذي يعاني منه المسترشد.

هـ ـ اختيار الظروف المناسبة التي يمكن تعديلها أو التحكم فيها.

و ـ تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب.

ح ـ تعديل الظروف المحيطة بالفرد.

ك ـ إنهاء العملية الإرشادية.

ش ـ تقييم شامل للعملية الإرشادية والنتائج التي آلت إليها.

من هنا، فإن البرامج الإرشادية تحتاج إلى مجموعة من المبادئ لتحديد طبيعتها وأهدافها وإجراءاتها وفاعليتها، وهذه المبادئ تعدُّ مطلباً ضرورياً وحيوياً بالنسبة إلى المرشد النفسي من أجل أن يعطي برنامجه نتائج إيجابية في سلوك المسترشد على المدى القريب أو البعيد.

المبادئ العامة في بناء البرامج الإرشادية:

يمكن النظر إلى العملية الإرشادية بأنها الخطوات أو المراحل المتتابعة التي يعمل فيها المرشد مع المسترشد ابتداءً من إحالته إليه حتى إنهاء الحالة والتحقق من الوصول إلى أهداف الإرشاد.

وقد قدم الكثير من الباحثين نماذج يصفون فيها عملية الإرشاد، فمثلاً قدم "ايزيبنرج وديلاني" في كتابهما العملية الإرشادية النموذج التالي:

- المقابلة التمهيدية الأولى مع المسترشد

- استكشاف المشكلة التي يعاني منها الفرد وتنمية العلاقة الإرشادية.
- تحديد الهدف والتعرف إلى العوامل المرتبطة.
- تطوير واستخدام طريقة لتحقيق الهدف.
- تقويم النتائج.
- إنهاء العملية الإرشادية " (الشناوي: 1996، 19).

وقد وضع العالم "ريان وزيران" Zeran&Ryan 1985، بعض المبادئ العامة لبناء البرامج الإرشادية الفعالة، يمكن إجمالها في الآتي:

1. **تفهم نظام الحياة الذي يسير المجتمع على منواله:** وذلك عن طريق تحليل عادات المجتمع وتقاليده، وتفهم العلاقات الاجتماعية والتفاعلات القائمة بين أفراده، وأسلوب المحاباة والسيطرة، والتعاطف الوجداني في أوقات الفرح والسرور وفي أوقات الألم والحزن والكوارث، ومدى ارتباطها بالبرنامج، إضافة إلى ما سبق لا بد من معرفة الحدود التي يعمل ضمنها البرنامج من حيث: التكلفة المادية، والقائمون عليه من موظفين وأخصائيين وغيرهم، والمرافق العامة، والوقت اللازم لتقديم الخدمات الإرشادية، والأفراد المحتاجين إلى المساعدة.

2 . **تخطيط البرامج وتفصيلها:** يجب أن تخطط البرامج لكي تتوافق مع طبيعة الواقع الاجتماعي والبيئة الاجتماعية التي يقدم البرنامج خدماته لها، على اعتبار أن هناك اختلافات وتباينات بين منطقة وأخرى في العديد من نواحي الثقافية والأخلاقية والاجتماعية؛ فالبيئة الحضرية بحاجة إلى برامج إرشادية غير البرامج المقدمة للمناطق الريفية أو البدوية. لذلك يجب أن يصمم البرنامج ليكون متناغماً ومنسجماً مع المنطقة التي يعمل في مجالها آخذاً بالاعتبار احتياجات تلك المنطقة وقيمها وثقافتها.

3 . **تحديد أهداف البرنامج وغاياته:** بحيث تكون واقعية وقابلة للقياس والملاحظة على أرض الواقع، وأن يكون تنفيذها باستخدام الوسائل وأدوات القياس الموضوعية، إضافة إلى توافر العناصر البشرية المدربة تدريباً عالياً على تنفيذها.

4 . **جمع المعلومات اللازمة عن المسترشد:** يقوم المرشد أو من يقوم بهذه المهمة بجمع البيانات والمعلومات عن المسترشد وقيمه وعاداته وأفكاره، وعن القيم الثقافية والحضارية المتعارف عليها في مجتمعه الذي يعيش فيه، سواء أكان يعيش في مدينة أم في قرية، في بادية أم جبل.

5. **تخطيط السياسة التي تتبع في تحقيق الأهداف المحدّدة**: بحيث توضح جميع البدائل المتاحة، واختيار أفضل البدائل بما يتناسب وطبيعة المشكلة وخصائص المسترشد.

6. **تحكيم البرنامج**: عرض البرنامج الإرشادي في صيغته الأولية على المختصين في الإرشاد والعلاج النفسي، بهدف الحكم على مدى صلاحيته ومناسبته للمشكلة والعينة المستهدفة.

7. **القيام بتجربة أولية للخطة الإرشادية**: بهدف التعرف على مدى صلاحيتها، والأدوات المناسبة لقياس مدى نجاحها قبل البدء بتطبيقها بصورة نهائية.

8. **تدريب العاملين في فريق العمل الإرشادي على تنفيذه**: وتحديد مهام كل منهما وأنشطته تحديداً دقيقاً.

9. **وضع البرنامج موضع التنفيذ**: بعد التأكد من الأمور المذكورة أعلاه، مع الاحتفاظ بحق تطويره وتعديله حسبما تستدعي ظروف العمل الإرشادي، فقد يتم تعديل أو إضافة أو حذف هدف ما بناء على ما استجد من أمور أثناء تنفيذ جلسة من جلسات الإرشاد النفسي، أو ما استجد من ظروف طارئة في حياة المسترشد أو البيئة المحيطة به.

10. **التقويم المستمر للبرنامج**: وذلك حتى يتمكن القائمون عليه من معرفة نواحي القصور أو الضعف ومعالجتها أو تفاديها، وكذلك معرفة النواحي الإيجابية لتفعيلها وتدعيمها. بمعنى أن البرنامج الإرشادي يبقى قابلاً للتعديل في أهدافه ومساره منذ اللحظة الأولى لبنائه ولغاية الانتهاء منه (الصورة النهائية).

11. **إلغاء البرنامج كلياً إذا تأكد أنه لا يحقق الأهداف المرسومة له**: ومن الأفضل إلغاء البرنامج المعّد سابقاً، وذلك عندما يلاحظ القائمون عليه أن أهدافه لا تتماشى مع خصائص المشكلات التي يعاني منها المسترشد وثقافته.

كما ذكر "الزعبي" (2007: 306) مجموعة من خطوات المساعدة في بناء برامج التوجيه والإرشاد النفسي في المؤسسة التربوية، يمكن إجمالها في الآتي:

1. **تحديد أهداف البرنامج**: فقد يتم تحديد أهداف البرنامج بما يتفق مع أهداف العلمية التربوية في كل مرحلة من مراحل التعليم.

2. **تحديد احتياجات الطلاب من الخدمات الإرشادية**: ويتم ذلك من خلال دراسة استطلاعية يقوم بها المرشد الطلابي على طلاب المدرسة هدفها استكشاف المشكلات النفسية والأكاديمية

والاجتماعية الأكثر تواتراً وشدة لدى الطلاب والذين هم بحاجة إلى التوجيه والإرشاد كمشكلة قلق الامتحان على سبيل المثال.

3. تحديد الوسائل لتحقيق أهداف البرنامج الإرشادي: فقد يسعى المرشد الطلابي لتحقيق أهداف البرنامج بالبحث عن الوسائل والأجهزة الموجودة في المدرسة كالمقاييس النفسية وأجهزة الاسترخاء العضلي، وأجهزة التغذية الراجعة البيولوجية، وإمكانيات فريق العمل الإرشادي وقدرته على تنفيذ البرنامج بشكل جيد.

4. تحديد الإمكانات الموجودة والمطلوب إيجادها لتنفيذ البرنامج: كوجود المكان المناسب، وتدريب الفريق المسؤول عن تطبيق البرنامج.

5. تحديد ميزانية البرنامج اللازمة لتنفيذه: من المعروف أن في كل مدرسة هناك ميزانية خاصة بالعمل الإرشادي، تتفق وحجم وطبيعة العمل الإرشادي الذي يقوم به المرشد الطلابي، وتقدر ميزانية الإرشاد في بعض المدارس في المملكة العربية السعودية بـ (25٪) من الميزانية العامة للمدرسة.

6ـ تحديد الخدمات التي سيقدمها البرنامج: يتوقع أن يقدم البرنامج الإرشادي في المؤسسات التربوية العديد من الخدمات تتجلى في الغالب في الخدمات النمائية والوقائية، بينما الخدمات الإرشادية والعلاجية فهي محدودة، وذلك لاعتبارات خاصة بآلية تطبيقها وشروطها، والتي لا تتفق في الغالب مع سير العملية التعليمية، والذي يفضل أن تقدم هذه الخدمة خارج أسوار المدرسة، وخارج أوقات الدوام الرسمي.

7. تحديد الخطوات العريضة لتنفيذ البرنامج: وتتمثل في إقامة العلاقة الإرشادية الجلسة التمهيدية الأولى، وتحديد جلسات البرنامج الفنيات المستخدمة فيه، وإجراءات إنهاء البرنامج والمتابعة.

8. تحديد إجراءات تقييم البرنامج ومدى فاعلية الوسائل المستخدمة فيه: أي تقييم التغيرات السلوكية التي حدثت للمسترشد نتيجة للتدخل الإرشادي، وتقييم فاعلية القائمين بتطبيق البرنامج، وكذلك أدوات القياس المستخدمة فيه.

9ـ اتخاذ الإجراءات الاحتياطية لمقابلة المشكلات التي تعترض تنفيذ البرنامج: مثل مشكلات العلاقة بين المرشد والمسترشد، ومصداقية التقارير اللفظية، ومشكلات إنهاء البرنامج... إلخ.

10 تحديد المسؤولين عن تنفيذ البرنامج والإشراف عليه: في الغالب يمثل القائمون على تنفيذ البرنامج التربوي في المدرسة: مدير المدرسة والمدرس والمشرف التربوي، وقد يشترك فيه الأهل، طبيب الصحة المدرسية وغيرهم من المهتمين بتنفيذ البرامج التربوية. ونذكر هنا على سبيل المثال، الخطوات الرئيسة في بناء الخطة الإرشادية لطفل يعاني من التأخر الدراسي كما ذكرها "ياسين" (2002)، وهي:

المرحلة الأولى: تقوية الدافع نحو الدراسة: وقد تضمنت هذه المرحلة مجموعة من الخطوات الإجرائية التي قام والدا المسترشد بتطبيقها، وأهمها:

أ - **تحديد المشكلة وتعريفها**: فقدان الدافعية لدى الطالب، وعزوفه عن الدراسة، وعدم تلقيه دعماً من الوالدين لإنهاء الواجبات المدرسية.

ب - **وصف مكان الدراسة**: من الأسباب التي تبين للمعالج أنها قد تعوق الطالب عن أداء واجباته المنزلية، أن حجرة الدراسة كانت مملوءة بكثير من جوانب النشاط واللعب بما في ذلك مجلات الأطفال. فقد أوصى المرشد الوالدين أن يخصصا مكاناً مناسباً لكي يدرس فيه ابنهما.

المرحلة الثانية: التغلب على المشكلات السلوكية: وتتضمن في الغالب الخطوات الإجرائية التالية:

أ - **تحديد المشكلة**: في هذه المرحلة يتم دعوة الوالدين لحضور إحدى جلسات الإرشاد بهدف تحديد مشكلة الطالب من جهة ولضمان تعاونهم في التخطيط للعلاج وتنفيذ الخطة العلاجية من جهة أخرى.

ب - **التحكم في الإثابة**: تهدف هذه الخطوة إلى التقليل من التدعيمات التي يحصل عليها الطالب المتأخر تحصيلياً بسبب سلوكه الفوضوي؛ أي التقليل من الانتباه الإيجابي الذي يحصل عليه من زملائه ومعلمه.

ج - **إثارة الحوافز والدعم الإيجابي**: تبلورت هذه الخطوة في ابتكار نظام إثارة حوافز الطالب تم الاتفاق عليها مع الوالدين، وبمقتضاها تشجيع الوالدين لابنهما على كل نجاح أو تغير إيجابي في دراسته. وتتضمن هذه التشجيع والتعزيز: المكافآت الفورية المادية والمعنوية، والزيارات الترويحية لأماكن محببة لدى الطالب كلما استغرق وقتاً أطول في أعماله المدرسية.

د - **المتابعة:** اعتمدت هذه الخطوة على متابعة تقدمه وتقييمه، وذلك من خلال الاتصال بمعلمه في الصف، والذي يبين أن درجات الطالب قد أخذت في التحسن، وأن واجباته المنزلية كانت إيجابية.

ه - **الإبعاد المؤقت عن مواقف التدعيم السلبي:** حيث يقوم المعلم أو المرشد بحرمان الطفل من التعزيزات التي كانت تأتيه من جراء سلوكه الفوضوي، وذلك بإقصائه من الدرس لمدة خمس دقائق، ثم العودة إليه. ويتم زيادة زمن الإبعاد كلما حاول الطالب إثارة السلوك الفوضوي داخل الصف.

و- **تدعيم السلوك الإيجابي:** وتنطوي هذه الخطوة على إثابة الطالب ومكافأته للوقت الذي يقضيه في مقعده وهو يؤدي واجباته المطلوبة. ويتم ذلك من خلال تعاون المرشد والمعلم على وضع جدول مكافآت خاص يعده له يومياً، ويحصل بمقتضاه على نقاط مقابل الوقت الذي يقضيه في الصف.

ز- **التقييم والمتابعة:** ويتم في هذه المرحلة معرفة التغيرات الحاصلة عند الطالب في سلوكه الفوضوي وفي تحصيله الدراسي في ضوء السلوكيات التي كانت لديه قبل البدء بتنفيذ الخطة العلاجية، ولا يكتفي المرشد هنا في عملية التقييم بأخذ التقارير الذاتية من المعلم أو المعلمة عن سلوك الطالب، بل يجب أخذها من الوالدين ومن الطالب نفسه أيضاً.

وتهدف نظرية الإرشاد السلوكي إلى تحقيق مجموعة من المراحل أثناء عملية التدخل الإرشادي. وأهمها:

1. دراسة السلوك وتقديره.
2. صياغة أهداف البرنامج الإرشادي.
3. استخدام الأساليب الإرشادية المناسبة.
4. تقويم عملية الإرشاد وإنهاؤها.

ويمكن تفصيل ذلك في الآتي:

1- **تحديد السلوك المراد تعديله:** ويطلق عليه (خط الأساس) والذي يتضمن الخطوات التالية:

أ - تجميع المعلومات عن المسترشد من المصادر البشرية وغير البشرية.

ب - القياس القبلي لتطبيق المقاييس العلمية لتحديد مظاهر السلوك المشكل.

ج ـ الملاحظة المسجلة حول مظاهر السلوك.

2 ـ العقد الإرشادي: الاتفاق الإرشادي مع المسترشد أو ولي أمره.

3ـ تحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك غير السوي: ويتم ذلك من خلال تحليل المعلومات التي تم جمعها لتحديد:

أ- البيان الكمي لمقدار شيوع أو معدل السلوك المضطرب.

ب ـ الأوقات التي يحدث فيها.

ج ـ الظروف التي ترتبط بزيادة حدوثه أو نقصه.

د ـ تعطى فرصة لمتابعة التطورات العلاجية لهذا السلوك بكل دقة.

4ـ تحديد العوامل المسؤولة عن استمرار السلوك غير السوي: ويتضمن ذلك الجوانب التالية:

أ- نوع السلوك (ضرب، سب ،عدوان، كذب، سرقة... إلخ).

ب ـ تاريخ حدوثه.

ج ـ الوقت الذي يستغرقه.

د ـ مع من حدث؟

هـ ـ كم مرة يحدث في اليوم؟

و- ما الذي حدث قبل ظهور السلوك؟

ز- كيفية استجابة الآخرين لهذا السلوك؟

ح ـ المكاسب التي حصل عليها من القيام بالسلوك الخاطئ.

ط ـ أي ملاحظات ترتبط بظهور المشكلة مثل صراع الأبوين، ممارسة سلوكيات غير سوية... إلخ

5ـ تحديد واختيار الظروف: التي يمكن أن يعدّل السلوك من خلالها.

6ـ تعديل الظروف السابقة للسلوك المضطرب: ويتضمن ذلك تعديل العلاقات بين الاستجابات وبين المواقف التي تحدث فيها.

7ـ تعديل الظروف البيئية: وفيها تُوجّه الجهود نحو تقليل احتمال حدوث السلوك لأنه غير مرغوب أو غير متوافق، إذ يكون التركيز على تعديل الاستجابات وتتابعها، بهدف زيادة احتمال حدوث السلوك المرغوب في الظروف التي لا يتكرر فيها، وذلك من خلال الأسرة

والمدرسة، مع تشجيع الاتجاه الإيجابي لدى الطالب على ابتكار وممارسة نموذج سلوكي معارض للسلوك اللاتوافقي.

8 ـ إنهاء الإرشاد: وذلك حين يصل إلى السلوك المرغوب، وتعميم هذا السلوك في المواقف المتعددة.

9ـ تحديد مظاهر التحسن، وذلك من خلال:

أ ـ القياس البعدي.

ب ـ إعادة تطبيق الملاحظة.

ج ـ سؤال الآخرين عن مظاهر السلوك التي تبدو لدى المسترشد.

10ـ المتابعة الدورية لحالة المسترشد بعد انتهاء الإرشاد: ويتم ذلك من خلال أسلوب يتم الاتفاق عليه مع المسترشد أو ولي أمره.

من هنا يمكن القول: إن الخطة الإرشادية تتكون من خطوات متكاملة ذات منطق متسلسل، وتشبه من هذه الناحية طريقة بناء البيوت؛ فأساس أي خطة إرشادية فعالة هو المعلومات أو البيانات التي يجمعها المرشد من خلال مرحلة التقويم الطبي والنفسي والاجتماعي الدقيق. ويقوم المرشد بالاستماع باهتمام للمسترشد الذي يحضر جلسات الإرشاد، كما يحاول فهم مصادر صراعاته وإحباطاته وعلاقاته مع الآخرين، وصورته أمام ذاته، وصورته أمام الآخرين، كالمشكلات الأسرية والضغوط الحالية وحالته الانفعالية ومهاراته وأساليبه في التصدي للمشكلات التي يتعرض لها... إلخ. ويتم جمع البيانات من خلال تدوين تاريخه الاجتماعي الطبي باستخدام الأدوات التشخيصية المناسبة، كالمقابلة، والاختبارات النفسية، ودراسة الحالة، إضافة إلى الملاحظة.

وقد ذكر "زهران" في كتابه "التوجيه والإرشاد النفسي (1994: 444) الخطوات الأساسية في بناء برامج الإرشاد النفسي، والتي يمكن تلخيصها في الآتي:

1ـ تحديد أهداف البرنامج.

2ـ تحديد الوسائل والطرق لتحقيق الأهداف.

3ـ تحديد الإمكانيات.

4ـ تحديد ميزانية البرنامج.

5ـ تحديد الخدمات التي يقدمها البرنامج.

6. تحديد الخطوط العريضة لتنفيذ البرنامج.

7. تحديد إجراءات تقييم البرنامج.

8 - اتخاذ الاحتياطات لمقابلة المشكلات التي قد تطرأ.

9. تحديد الهيكل الإداري القائم على عملية تنفيذ البونامج.

أما فيما يتعلق بالعناصر الأساسية لتخطيط برامج الإرشاد المهني، فأهمها مايلي:

أ- **تحديد الأهداف القريبة المدى**: وهي عبارة عن مهارات يتم اكتسابها من قبل الأفراد للدخول إلى عالم العمل والتوافق مع متطلباته المستقبلية.

ب - **الفعاليات وتنظيم البرنامج**: بمعنى تنظيم المعلومات عن الأفراد في المجتمع المحلي، وتنظيم خبراتهم وتجاربهم والتدريب المرغوب فيه، إضافة إلى تنظيم الفرص التعليمية لتمكين الفرد من فهم وإدراك القيم العملية وأهميتها في حياتهم اليومية في أثناء تعاملهم مع الآخرين.

ج - **مكونات البرنامج**: وتتضمن دراسة لقدرات الأفراد واستعداداتهم وميولهم وطموحهم، ودراسة تحليلية لواقع المهن المختلفة في البيئة المحلية، وضع خطة لتمكين الأفراد من ممارسة الأعمال اليدوية في ضوء احتياجاتهم، وتعريفهم بطرائق اختيار المهن، وتوفير فرص التدريب لهم.

د- **بناء البرنامج**: ويتضمن الخطوات الرئيسة التي تم ذكرها في بناء البرامج الإرشادية مع الاختلاف عنها في تركيزها على المهنة وتحليليها ومطابقتها مع القدرات التي تحتاجها الأفراد الراغبين فيها، واختيارهم لتلك المهنة وتوافقهم فيها، وشعورهم بالرضا والسعادة نتيجة لذلك.

وبشكل عام، فإن أهم الخطوات في بناء البرامج الإرشادية، هي التالية:

أولاً. تحديد المشكلة وتقديرها:

ومما لا شك فيه أيضاً أن كل واحد منا قد مر في وقت من الأوقات بموقف تبدى له عسيراً وصعباً في بعض الحالات وحاول أن يخرج منه بشكل أو بآخر، وهذا الموقف يمثل في الواقع موقف مشكلة.

فالمشكلة بشكل عام توجد عندما لا يكون أمام الشخص أو مجموعة الأفراد الذين يتعرضون لها استجابات أو حلول بديلة في الوقت الحالي.

ويرى "ديكسون وجلوفر" (1984،Dixon&Glover) أن المشكلة توجد في أي وقت يواجه المرء من خلاله موقفاً ما، ويريد أن يكون في موقف آخر، ولكنه لا يعرف كيف يفعل ذلك. وتختلف المشكلات فيما بينها اختلافاً كبيراً، فقد تكون مشكلة سلوكية أو انفعالية أو أسرية أو اقتصادية أو صحية أو تكون مشكلة متوهمة ليس لها أساس منطقي وواقعي.

وقد تحدث المشكلة في صور عديدة، كما تختلف المشكلات باختلاف الفئات العمرية وكذلك الجنس. فمشكلة المسترشد الصغير غير مشكلة الراشد، ومشكلة الراشد غير مشكلة كبير السن، والمشكلات التي قد يتعرض لها الذكور قد تكون مختلفة عن المشكلات التي تتعرض لها الإناث.

يتناول المسترشد في العادة عدة قضايا أثناء عملية تقييم مشكلته، فقد يتحدث عن مشكلة اجتماعية أو أسرية أو صحية أو أكاديمية أو نفسية أو جسمية، كأن يتحدث عن ضغط البيئة المدرسية عليه لتبرير فشله في الدراسة أو الانتظام في المدرسة، أو يتحدث عن الضغوط التي تمارسها الأسرة عليه للقيام بعمل لا يحبه وإلى ما هناك من الشكاوى التي يقدمها المسترشد ويعتبرها الأساس فيما يعانيه من هموم وقلاقل واضطراب، إلاّ أن المرشد يحاول استشفاف أهمها حتى يركز عليها في عملية الإرشاد.

وبشكل عام، فقد ميز "ويكيلجرين "Wicklegren ،1971 (في عبد الخالق: 1996،245) بين نوعين من المشكلات، هي:

أ. وضوح المشكلة:

وهي المشكلة التي تشتمل على كل المعلومات التي يحتاج إليها الشخص ليقوم بحلها، ولا يحتاج إلى أن يضيف إليها شيئاً، كما تكون هناك إجابات صحيحة محددة للمشكلة، وكذلك الأساليب العلمية لمواجهة المشكلة والوصول إلى الحل المناسب. بمعنى آخر فالمشكلة هنا:-

- واضحة المعالم لا لبس فيها ولا غموض.
- يستطيع المسترشد أن يعبر عنها صراحة دون خوف أو خجل.
- أنها تقع في المستوى الشعوري للفرد، وليس فيها بعد لا شعوري.
- المشكلة قد لا تكون مرتبطة بمشكلات أخرى، بمعنى ألاّ تكون المشكلة قناعاً لمشكلة أخرى.
- لها إجابات وحلول محددة في الغالب.

- تحتاج من المرشد إلى قليل من الجهد والوقت لاكتشافها وتحديدها بدقة.
- يستخدم المرشد أدوات قياس بسيطة، ويكون التقرير الذاتي والمقابلة والملاحظة هي المقاييس الغالبة في مثل هذه المشكلات.
- تكون العلامات والأعراض في أغلب الأحيان متطابقة.
- يحتاج المسترشد من المرشد فقط إلى بعض المعلومات والأساليب لمواجهة هذه المشكلة، كالاختيار الدراسي أو المهني.

ب ـ عدم وضوح المشكلة:

وهي عكس الأولى، ليس لها إجابة محددة، وهي تعتمد في الحل على المعلومات التي يوفرها الأفراد الذين يحاولون حلها. ومعظم المشكلات الصعبة التي يواجهها بعض الأشخاص في الحياة، ويدخل من ضمنها المشكلات التي يعرضها المسترشدون في الإرشاد هي من صنف المشكلات غير واضحة المعالم. وهناك اختلافان رئيسيان بين هذين النوعين من المشكلات:

ـ الأول: في المشكلة غير الواضحة المعالم فإن الناس هم الذين يحددون وجودها، وليست المواقف، فقد تكون هذه المشكلة لدى الشخص (أ) ولا تكون لدى الشخص (ب) الذي يعيش معه نفس الموقف.

ـ الثاني: إن القائم بحل المشكلة هو نفسه الذي يوفر المعلومات الضرورية لتحديد المشكلات غير واضحة المعالم.

وأهم المشكلات التي يواجهها الإرشاد النفسي هي التالية:

1. المشكلات النفسية: وتتجلى المشكلة النفسية لدى بعض الأشخاص في صعوبات حول علاقته بغيره، أو في إدراكه عن العالم حوله، أوفي اتجاهاته نحو ذاته، ويمكن أن يصف الفرد المشكلات النفسية بوجود مشاعر القلق والتوتر لديه أو الخوف الشديد من أماكن أو أشخاص محددين، أو عدم رضاه عن سلوكه الخاص أو سلوك غيره من المحيطين به. وفي بعض الأحيان تحدث المشكلة عندما يكون الشخص في موقف لا يشتكي منه، ولكن الآخرين المحيطين به قد يلاحظون تغيراً ملحوظاً في سلوكه وانفعالاته بصورة غير مألوفة في العادة.

وتتم معرفة مشكلة المسترشد وتحديدها بدقة، ومعرفة الأعراض والظواهر السلوكية أو العقلية غير السوية من خلال المقابلة التي يجريها المرشد النفسي للفرد وللوالدين معاً أو الوالدين أولاً ثم المسترشد وحده، أو مقابلة كل من له علاقة به كالأقارب أو الأصدقاء... إلخ.

2 ـ المشكلات السلوكية: وتتمثل في العدوانية،والنشاط الزائد، والعناد الشارد والعصبية، والحركات النمطية واللزمات الحركية، والنمط الكتاتوني (هو شكل من أشكال الفصام، والذي نلحظه عند الأشخاص الذين يعانون من الفصام التخشبي).

3 ـ المشكلات الانفعالية: مثل المخاوف واضطرابات القلق بأنواعها المختلفة.

4 ـ المشكلات التربوية: كمشكلات المتفوقين أو المتأخرين تحصيلياً في مادة أو أكثر من المواد الدراسية.

5 ـ المشكلات الوجدانية: مثل حالات الانفصال عن الوالدين والتناقض الوجداني، واضطرابات الاكتئاب.

6 ـ الاضطرابات المزاجية: مثل الهوس، والاكتئاب المختلط.

7 ـ المشكلات العقلية: كالتخلف العقلي الشديد أو المتوسط أو الخفيف، والشلل الدماغي، وضعف القدرات الإدراكية.

8ـ المشكلات الأسرية: كالصراعات بين الوالدين، أو بين الوالدين والأبناء أو بين الأبناء أنفسهم.

9ـ المشكلات المهنية: عدم توافق الفرد في مهنته.الخطوات الأولية للتعامل مع المشكلة:

عندما تُعرض على المرشد مشكلة ما من المشكلات السابقة ذكرها من قبل شخص ما، فإن الإجراءات العامة التي يقوم بها للتعامل مع المشكلة، يمكن وصفها في الآتي:

ولكي يستطيع المرشد النفسي أن يبني تصوراً دقيقاً لوصف مشكلة المسترشد، فإنه ينبغي أن يقوم بعملية تقديرها، التي هي مجموعة من العمليات التي تستخدم بوساطة شخص أو أشخاص لتطوير انطباعات وتصورات واتخاذ قرارات، واختيار فروض حول نمط الخصائص المتعلقة بشخص آخر التي تحدد سلوكه وتفاعله مع البيئة. أي أن التقدير يشتمل على ثلاثة جوانب مهمة، وهي:

1ـ تطوير أوصاف وتصورات عن الشخص الذي نقدره.

2ـ المساعدة في اتخاذ القرار حول علاقة الشخص ببيئته.

3ـ استخدام وسائل التقدير كأدوات بحث في اختيار الفروض حول الشخصية.

ويتم تقدير المشكلة من خلال مايلي:

أ ـ الحصول على معلومات عن مشكلة المسترشد الحالية والمشكلات المرتبطة بها.

ب ـ التعرف إلى المتغيرات الضابطة والتجريبية المرتبطة بها.

ج ـ التعرف إلى توقعات المسترشد حول نتائج الإرشاد.

د ـ جمع المعلومات لتكوين خطة البداية، بحيث يمكن مقارنتها مع البيانات عند انتهاء العمل الإرشادي، وذلك لتقدير مدى نجاح المسترشد وتقويمها وآثار طرق الإرشاد أو العلاج، مما يساعد المرشد على أن يقرر ما إذا كان سيستمر في الخطة الإرشادية أم يقوم بتعديلها.

هـ تعليم المسترشد وتحفيزه من خلال مشاركته وجهات النظر حول المشكلة، مما يزيد من تقبله للعلاج، والإسهام في التغيير عن طريق الاستجابة.

و ـ استخدام المعلومات التي تم الحصول عليها من المسترشد للتخطيط لوضع البرنامج العلاجي أو الإرشادي الفعال (الشناوي: 141،1996).

فقد يسمع المرشد من المسترشد بعض الشكاوى والمشاعر التي يعبر عنها في بعض الأحيان بالكلمات ذات الطابع الانفعالي: (لا أحد يحبني، لا أحد في البيت يفهمني، لا أحد في الكلية يريد أن يصاحبني، إنني أكره العمل في هذا المكان... إلخ).

هذه العبارات لا تصف المشكلة التي يعاني منها الشخص وصفاً شاملاً، وهي تتسم إلى حد ما بأنها مبهمة، ومن هنا يبدأ دور المرشد النفسي في محاولاته لتحديد المشكلة بدقة من خلال استخدامه لعدد من مهارات الإرشاد النفسي وأدواته، والتعامل مع مصادر مختلفة من المعلومات، بهدف الوصول إلى تحديد صورة أقرب ما تكون إلى واقع المشكلة التي يعانيها المسترشد.

كما أن المرشد عليه أن يسأل نفسه العديد من الأسئلة حول مشكلة المسترشد؛ كأن يسأل نفسه هل أعرف سبب وجود المسترشد هنا، هل جاء بمفرده أم جيء به من قبل آخرين (الأب، الأم، المؤسسات الرسمية التربوية أو القضائية)؟ وهل المشكلة التي عرضها تمثل مشكلته الحقيقية أو جانباً منها فقط؟ فعندما يأتي بعض المسترشدين إلى المرشد يطرحون مشكلتهم بطريقة مختصرة ومبسطة، وأنها لا تعنيهم كثيراً، وإنما يريدون الاستشارة فقط لشخص عزيز عليهم ومن دون أن يتطرقوا إلى أنهم هم يعانون فعلاً منها.

وفي الحقيقة، إن أمثال هؤلاء يحاولون إخفاء مشكلاتهم وإسقاطها على الآخرين تجنباً لافتضاح الأمر من جهة، ولاختبار مصداقية المرشد في التعامل مع مشكلتهم (المزيفة) التي طرحوها من جهة أخرى. وقد يعود السبب في ذلك إلى أن بعضهم لديه علم مسبق حول حق

المرشد في العملية الإرشادية الاطلاع على دقائق التفاصيل في خبراتهم، وهذا ما يخيفهم في إمكانية إفشاء المرشد هذه الأسرار لمعارفهم، أو أنهم لا يثقون في قدرة المرشد على مساعدتهم فعندئذ ينتقلون إلى مرشد آخر يقدمون له مشكلتهم، وبناء على معطيات كثيرة يحاولون إخفاء الكثير من خبراتهم وخصوصاً في الجلسات الإرشادية الأولى.

إضافة إلى ما سبق يمكن أن يسأل المرشد نفسه: هل بإمكاني أن أعرف سلوكيات المشكلة والأفكار والمشاعر التي يحملها المسترشد عنها. والمواقف التي تحدث فيها المشكلة ؟ والمواقف التي يقلل فيها ظهور الأعراض العامة للمشكلة؟. وهل لديه تصور واضح لطبيعتها وآثارها في الوقت الحاضر وفي المستقبل؟ فإذا كانت الإجابة عن هذه الأسئلة بالإيجاب، فإن هذا الأمر يساعده كثيراً في عملية تحديد المشكلة ووضع الأهداف العامة والخاصة للبرنامج الإرشادي الذي يقوم بإعداده. أما إذا كانت الإجابة بالنفي، فإن على المرشد النفسي البحث عن الشروط التي تساعده على استكمال وضع التقدير الشامل لمشكلة المسترشد. ويتم ذلك في الغالب من خلال بث روح الثقة والتعاون لدى المسترشد، وتمتين العلاقة الإرشادية القائمة بينهما على أسس التقبل والاحترام المتبادل في جو يسوده الأمن والاطمئنان والثقة المشتركة والرغبة في مواصلة العمل لتحقق هذه اللقاءات الغاية المرجوة منها. إضافة إلى إخباره بأن المعلومات التي يدلي بها في هذه الجلسات سوف تكون محاطة بالسرية التامة، ولا يطلع عليها أحد مهما كان، وإن حصل وطُلب من المرشد بيانات عن المسترشد وخصوصاً الجهات القضائية أو ولي الأمر، فيجب أن يأخذ المرشد موافقة المسترشد على ذلك، ويقدم تلك المعلومات للجهات الأخرى في الحدود التي تسمح به أخلاقه المهنية.

ويمكن أن نجمل مشكلة المسترشد وإدراك أو عدم إدراك أحد الطرفين (المرشد والمسترشد) لها من خلال نافذة جوهاري (Johary) كما يبينه الجدول التالي:

	معروف للآخر	غير معروف للآخر
معروف لذاته	معلومات عامة (1)	معلومات خاصة (2)
غير معروف لذاته	السمعة والشهرة (3)	غير معروف (4)

1ـ يبين الجدول السابق أن الحقل الأول يشير إلى المعلومات التي يعرفها المسترشد عن نفسه، ويعرفها الفرد الآخر (المرشد) عن المسترشد.

2ـ ويشير الحقل الثاني للمعلومات التي يختار المسترشد ألاّ يظهرها للآخرين مثل: المخاوف والحياة الخاصة والصراعات والاحباطات.

3ـ أما الحقل الثالث فيعبر عن المعلومات التي يعرفها الآخرون عن الشخص الآخر (المسترشد) التي قد لا يملكها هو نفسه، وهذه المعلومات يشار إليها أحياناً على سبيل الدعاية والسمعة والشهرة والصيت، وهي الانطباعات التي يملكها شخص ما عن الآخر، وإلى التفسيرات التي يقوم بها سلوك الشخص الآخر.

4ـ ويشير الحقل الرابع إلى جوانب الغموض حول الذات التي لا يملك أي من الفريقين أية أجوبة كافية عنها (ايزنبرغ وديلاني،1994، 122).

لذلك، فإن استعمال نافذة جوهاري تساعد على استثارة التواصل المفتوح بين المرشد والمسترشد التي بدورها تشعر المسترشد بالأمان والثقة وعدم التهديد، ونقل المعلومات إلى المرشد من دون خوف أو خجل. كما أنها تساعد أيضاً على فهم مستويات العمق في العلاقات الشخصية، وفهم معنى الثقة، واكتشاف خبرات لم تكن موجودة في حيز الوعي لدى المسترشد، وهذا مما يساعد على فهم الذات والاستبصار بها والعمل على استبعاد الخبرات المشوهة أو المحرفة ومن ثم ترميزها في بنية الذات.

ثانياً - التعريف بالمشكلة:

لكل مسترشد طريقته الخاصة بالتعريف بمشكلته من خلال انعكاسها على سلوكه وأفكاره ومشاعره وعلاقاته مع الآخرين، لذلك تحتاج كل مشكلة إلى تعريف مفصل يبين طريقة تعبير المسترشد عنها في صورة أعراض أو شكاوى يبوح بها للمرشد، أو من خلال ما يكتشفه المرشد من علامات ذات دلالة. كما ينبغي على المرشد القيام بعملية الربط بين نمط الأعراض ومحكات تشخيصية معدة مسبقاً، كالمحك التشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV) أو تصنيف منظمة الصحة العالمية (WHO).

أما الجوانب التي يتناولها المرشد في التقصي لتحديد مشكلة المسترشد أو تعيينها، فيتم في الغالب عن طريق دراسة المسترشد دراسة متعمقة (دراسة حالة) للتعرف إلى الجوانب ذات العلاقة بمشكلته، أو الاتصال بأسرته وبزملائه في العمل وخارجه للحصول على معلومات ذات أهمية في حياة المسترشد تساعد في إظهار المشكلة التي يعاني منها.

ومن بين أهم جوانب التي يشملها هذا التحديد :

1ـ **المظهر العام** : من حيث اللباس، وتعابير الوجه، وأوضاعه في الوقوف والجلوس، والحركات التي يقوم بها في الغالب.

2ـ **موقفه من اضطرابه** : واتجاهاته التي تغلب في سلوكه.

3ـ **السلوك الحركي** : مثل حركات غير مألوفة أو فرط في الحركة أو الضعف فيها، وعادة قضم الأظافر.

4ـ **الكلام** : سرعة الكلام أو البطء فيه، والكلام الكثير بلا هدف أو معنى (الثرثرة)، ووجود صعوبة في لفظ بعض الحروف، نبرة صوته.

5ـ **الحالة الانفعالية** : مثل الغضب والخوف والانقباض، والحساسية الانفعالية المتطرفة من حيث الزيادة أو الضعف.

6ـ **القدرات العقلية** : مثل سلامة الإدراك ودقته، أو فرط التذكر أو ضعفه، والقدرة على الانتباه، والقدرة اللغوية والحسابية.

7ـ **بنية الجسم** : سلامة الجسم من الناحية العضوية والوظيفية، ويفضل أن يحصل المرشد النفسي على تلك المعلومات الصحية عن المسترشد من خلال الفحص الطبي الذي يقوم به الطبيب.

ومن المعروف أن كثيراً من المعلومات التي يرغب المرشد النفسي في الحصول عليها غير متوافرة لدى المسترشد، لذلك لا بد من اللجوء إلى الوالدين ومقابلتهم لمعرفة التاريخ التطوري للمسترشد من جميع الجوانب. وأهم هذه المعلومات مايلي :

أ. **الشكوى** : يطلب المرشد من الوالدين أو أحدهما الحديث عن شكوى ابنهم أو مشكلته التي يعاني منها بكلماتهم، التي تختلف غالباً عن شكوى ابنهم والأعراض النفسية الظاهرة لديه.

ب ـ **تاريخ المشكلة الحاضرة** : إذ يعرض الوالدان رؤيتهما للمشكلة وخلالها يستوضح المرشد طبيعة مشكلة الفرد من وجهة نظر الوالدين، وبدايتها، وشكلها، والمسافات التي أخذتها حتى أصبحت بهذا الشكل من القوة.

ج ـ **التاريخ المرضي السابق** : هل حدثت حالة مشابهة له في الماضي؟ ومتى كانت؟ وما العلاج الذي أخذه والاستجابة له؟ وهل هو اضطراب نفسي أو عقلي؟ ومتى حدث ذلك؟

د ـ **التاريخ العائلي:** يسأل المرشد الوالدين هنا عن مستواهما التعليمي، والمهنة وطبيعتهما الشخصية وحالتهما الانفعالية وعلاقتهما بالمسترشد، أو يسأل عن وجود اضطراب نفسي لدى أحد أفراد الأسرة أو أحد أقارب الأسرة من الدرجة الأولى أو الثانية، والتاريخ الزواجي للوالدين الذي يشتمل على الاختيار والقبول لدى كل من الزوجين، وبداية الزواج، والمعاملة بينهما، والانفصال والمشاجرات، وطاقة الحب ورعاية الأطفال، وعلاقة الأسرة بالمدرسة.

هـ التاريخ التطوري، ويشمل:

ـ **الحمل:** الظروف المحيطة به، والدافع لقبوله، والعلاقة الزوجية أثناء الحمل، وصحة الأم النفسية والجسدية.

ـ **الولادة:** مدة الحمل، وطبيعة الولادة، والرضا عن جنس المولود، وسلوكه في الأيام الأولى للولادة، ووزنه وصحته.

ـ **الرضاعة:** هل كانت الرضاعة من ثدي الأم، وما مدتها؟

ـ **النمو الحركي:** كم كان سنه بالشهور عند انتصاب الرقبة والجلوس منفرداً، والوقوف والمشي منفرداً...؟.

ـ **نمو الكلام:** متى نطق أول كلمة، وماذا عن حصيلته اللغوية الآن؟

ـ **التحكم في الإخراج:** ما سن التحكم في المثانة والتبرز؟ وكيف تمت طريقة التدريب على عملية الضبط ؟ وكيف كانت استجابة الطفل لها؟.

ـ **النوم:** العادات السابقة والحالية للنوم، هل ينام بسرعة بعد لحظات من الاستلقاء في سريره أم يعاني من الأرق أو القلق؟ وهل يخاف الظلام أو النوم لوحده؟ وهل تصيبه فزعات ليلية أو كوابيس؟

ـ **الجانب النفسي:** انفعالاته، ومخاوفه، وعصبيته، والهدوء والاتزان الانفعالي، والشعور بالوحدة، والتعلق بالآخرين (العاسمي، 2005،145).

وحتى يستطيع المرشد النفسي تحديد مشكلة المسترشد لا بد من توفر جملة من الخصائص والدلالات حتى يمكنه أن يسميها مشكلة تستحق البحث والتوجيه والإرشاد، وهي:

1 ـ معاناة المسترشد التوتر والمخاوف الدائمة التي لا يمكنه التخلص منها بسهولة اعتماداً على قدراته الذاتية أو من خلال مساعدة الآخرين أحياناً.

2 ـ أن يظهر المسترشد عيباً سلوكياً أو انفعالياً، أو ينخرط بشكل مبالغ فيه في سلوك يعطل أداءه في التعامل مع الآخرين، كالسلوك العدواني أو النشاط الزائد على سبيل المثال.

3ـ أن ينغمس المسترشد في أنشطة يعارضها المحيطون به سواء في العمل أو في المنزل، والتي من المحتمل أن تؤدي إلى نتائج سلبية تضر به وبغيره.

4ـ أن يظهر المسترشد انحرافات أو اضطرابات سلوكية ينتج عنها مواجهة المجتمع (الأسرة، العاملين معه) لتلك السلوكيات، إما بالعقاب البدني أو الرمزي، وإما بالتوجيه والإرشاد للتخلص من المشكلة.

5ـ فقدان المسترشد لوظيفته أو لمركزه الاجتماعي أو لخسارة اقتصادية كبيرة غير متوقعة.

6ـ انخراط المسترشد بسلوك مبالغ فيه قد يعطل الأداء المتعارف عليه كالإدمان على المخدرات.

وعندما يصل المرشد إلى تحديد مشكلة المسترشد تحديداً دقيقاً وتمييزها من المشكلات الأخرى، يقوم بتعريفها إجرائياً بناء على الأعراض والعلامات الدالة عليها، باعتبارها نمطاً سلوكياً ومعرفياً ووجدانياً لها سماتها وخصائصها الفريدة والمتباينة عن غيرها من المشكلات الأخرى.

ثالثاً ـ تشخيص المشكلة:

ظهر مفهوم التشخيص في مجال الطب قبل أن يظهر في مجال علم النفس، حيث نظر إليه العلماء في البداية على أنه أسلوب لتمييز المرض والتعرف إلى أعراضه. وكلمة التشخيص Diagnosis مستمدة من أصل إغريقي، وتعني الفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يعاني منها المسترشد، وتتضمن فيما تتضمنه الملاحظة والوصف وتحديد الأسباب، واستخدام الوسائل المعينة على تحديد ذلك كالاختبارات النفسية والاسقاطية ودراسة الحالة والمقابلة وغيرها من والوسائل المُعينة (المساعدة) سواء أكانت نفسية أم فيزيولوجية أم اجتماعية.

ويعرفه "الرفاعي (1982 : 67) بأنه "الفهم المتكامل الذي تكوّن عند المرشد حول المشكلة أو الاضطراب الذي يعاني منه المسترشد عن طريق المعلومات المختلفة (المقابلة، والملاحظة، ودراسة الحالة، والاختبارات النفسية، والفحوصات الطبية) وينقل المرشد هذا الفهم

في العادة إلى لغة تقرير متكامل حول الحالة التي يعاني منها المسترشد، يعتمده المرشد أساساً في رسم خطة للإرشاد أو العلاج".

يُعرَف التشخيص أيضاً بأنه التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعيها الكمي والكيفي ويتم بوسائل متعددة منها الاختبارات المقننة وغير المقننة، والمقابلة ودراسة الحالة والملاحظة والسجل المدرسي والظروف العائلية والسجل الطبي والتقييم العصبي، وهو يشير بدقة إلى أسباب العلّة المباشرة وغير المباشرة، ويقوم بتحديد مكانها وطبيعتها ونوعها وحجمها ودرجة حدتها دون الاكتفاء فقط بوصف الأعراض المرضية السطحية التي ليست لها أهمية في التشخيص أو تحديد مشكلة المسترشد.

وعموماً، يمكن تعريف التشخيص في الميدان الاجتماعي والنفسي والطبي: بأنه عملية تقويم علمي شاملة للحالة المرضية لدى المسترشد بهدف تحديد نوع الاضطراب أو المشكلة وأسبابها من خلال فهم متكامل لكل الجوانب التي ساعدت في ظهور ذلك الاضطراب لدى المسترشد، ويستعان في ذلك بوسائل متعددة كالاختبارات النفسية والمقابلات والأجهزة السيكوفيزيولوجية الأخرى التي تناسب طبيعة الاضطراب والمرحلة العمرية للمسترشد، والغاية من كل ذلك وضع نموذج للمساعدة يحتاجه المسترشد.

وعندما يحدد المرشد اضطراب المسترشد في فئة تشخيصية معينة، عليه أن يصبَّ اهتمامه على "الأعراض" (Symptoms) التي هي مجموعة الإشارات أو الشكاوى التي يعبر عنها المسترشد، أو يقر بوجودها كل من له علاقة به، كأن يقول المسترشد على سبيل المثال: "لديَّ صداع مستمر وشديد، أو لديَّ خوف شديد أثناء الدخول إلى مكان غير مألوف. وتسمى الأعراض التي يلاحظها المرشد النفسي لدى المسترشد أو ما يصل إليه من دلالات "بالعلامات" Sigens

ويشمل التحديد أيضاً الموقف الذي حدث فيه الاضطراب مع تحديد مسؤوليات كل من المرشد والمسترشد والقائمين على توجيه المسترشد في أثناء عملية التشخيص، والأساليب الإرشادية التي سوف تستخدم للتخلص من تلك المشكلة.

ويبدو من التعريفات المقدمة حول عملية التشخيص في العلاج أو الإرشاد النفسي أنها تضم في الغالب:

1 - **تحديد نوع الاضطراب:** سواء أكان سلوكياً أم عقلياً أم معرفياً أم انفعالياً.

2 ـ **الأعراض والعلامات الدالة عليه:** سواء أكانت أعراض ظاهرة من الشكوى المقدمة من المسترشد أو من الآخرين، أم من خلال العلامات أو القرائن التي يكتشفها المرشد في سلوك المسترشد والدالة على وجود المشكلة.

3ـ **العوامل التي ساعدت على ظهور الاضطراب:** في الماضي والحاضر.

4 ـ **سير الاضطراب وتطوره:** ويبحث فيها سير شكاوى وأعراض المسترشد وطبيعتها وحدتها من الماضي البعيد والقريب وحتى لحظة وجود المسترشد مع المرشد.

5 ـ **التنبؤ بوضع الاضطراب في المستقبل:** هل هو قابل للشفاء؟ أو أنه سيتحول إلى اضطراب آخر أشد خطورة؟

6 ـ **وضع خطة إرشادية تناسب مشكلة المسترشد:** يرى هانسن وزملاؤه (Hanses، et al،1977) أن الهدف من التشخيص في الإرشاد والعلاج النفسي هو التعرف إلى أسلوب حياة المسترشد في أدائه، أو بشكل أدق منغصات أسلوب الحياة، وعن طريق التعرف إلى مجال المشكلة، فإن المرشد يمكنه بالاشتراك مع المسترشد أن يصوغا أهداف العملية الإرشادية.

ويمكن أن يحقق التشخيص مجموعة من الوظائف في عملية الإرشاد، نذكر منها مايلي:

1ـ استخدامه لتصنيف المشكلة الخاصة بالمسترشد، ومن ثم تحديد مجالها، وهذا يشبه ما يحدث في الطب من تشخيص لتحديد العلاج المناسب.

2ـ إعطاء صورة شاملة متكاملة عن حياة المسترشد.

3ـ تعدُّ عملية جمع المعلومات التي يحتاج إليها المرشد النفسي في عملية التشخيص لتقدير حالة المسترشد أساساً في اتخاذ القرارات المتصلة بحالته في اللحظة الراهنة أو في المستقبل سواء تلقى المسترشد أي شكل من أشكال التدخل الإرشادي أو لا. ويتم ذلك من خلال المقابلة التشخيصية أو الاختبارات النفسية أو ملاحظة بعض الجوانب من سلوك المسترشد.

4ـ إعداد فرض علمي لفهم المسترشد، فقد يطور المرشد النفسي تصوراً نظرياً لمشكلة المسترشد، وعادة يبنى هذا التصور بناء على نظرية إرشادية يتبعها المرشد.

هذا، ويتبنى المدافعون عن استخدام التصور التشخيصي في الإرشاد مجموعة من الافتراضات، أهمها مايلي:

الافتراض الأول: إن التشخيص يوفر الوضوح والترتيب داخل مجال شديد التعقيد، ويرون أن التشخيص يُمكن المسترشد من أن يندمج بين عدد كبير من العناصر المختلفة من المعلومات

في نمط ما يمكن فهمه من جهة، ويسمح للمرشد أن يتوقع بعض الجوانب عند المسترشد من جهة ثانية، كما أنه يوفر أساساً راسخاً يبنى عليه أسلوب التعامل معه.

الاقتراض الثاني: أن التشخيص العلمي الدقيق الذي يقوم به المرشد أو المعالج الخبير يساعد في اختيار المسترشدين للإرشاد.

الاقتراض الثالث: هو مساعدة المرشد في تحديد ما يحتاج إليه المسترشد بشكل أكبر، هل يحتاج المسترشد إلى معلومات أو استبصار بذاته ؟ هل بحاجة إلى توضيح أو مساندة؟ أم يحتاج إلى الجانبين معاً؟ هل السبب الذي أعلنه المسترشد عند حضوره للإرشاد هو المشكلة الحقيقية أم مجرد واجهة له؟ وهذه التساؤلات هي التي يحتاجها المرشد للإجابة عنها قبل البدء بتطبيق البرنامج المناسب.

الأهداف العامة للتشخيص:

يمكن إجمال الأهداف العامة لعملية التشخيص النفسي في الآتي:

1. إثبات وجود اضطراب نفسي أو مشكلة ما لدى المسترشد، وذلك من خلال قيام المرشد النفسي بجمع المعلومات الكافية من مصادر مختلفة عنه، التي تساعده في الغالب على رسم صورة إكلينيكية حول طبيعة الاضطراب، وأسبابه، وتفسيره.

2. تحديد الاضطراب في مختلف المستويات التنظيمية للشخصية والسلوك.

3. تقدير حدة الاضطراب، والتمييز فيما إذا كان اضطراباً وظيفياً أو عضوياً مثل اضطراب الكلام أو التبول اللاإرادي.

4. تحديد العوامل المسببة للاضطراب.

5. الكشف عن استجابة المسترشد للاضطراب.

6. تحديد ما ينبع عنه الاضطراب أو المدة التي سيستغرقها.

7. تشخيص المصادر، وتتمثل في الظروف الأسرية والبيئية المتاحة التي يمكن استثمارها في كل من عملية التشخيص أو العلاج.

8. الحصول على أساس لتحديد نوع العلاج المستخدم للاضطراب الذي تم تحديده لدى المسترشد بناء على معرفة نوعه وأسبابه وشدته.

9. تقديم أساس علمي لتصنيف المادة وتحليلها إحصائياً (الجولاني: 1999، 83).

أما أهداف عملية التشخيص النفسي، فيمكن الحديث عنها في هدفين رئيسيين هما:

أ ـ هدف علمي معرفي: إن الحصول على كم وافر من المعلومات والبيانات لا يمكن أن يعدُّ هدفاً لعملية التشخيص النفسي بحد ذاته، ولكن الشيء الذي يبحث عنه المرشد هو المعنى والدلالة التي تنطوي عليها البيانات والمعلومات التي يجمعها عن المسترشد. إلاَّ أن غزارة البيانات قد تكون مفيدة في عملية الكشف عن الجوانب المتنوعة للمشكلة التي يعاني منها المسترشد.

ب ـ هدف عملي: ويعني هذا الهدف العمل على وضع استراتيجية عامة تتضمن خططاً جزئية قابلة للتنفيذ الفعلي مع الحالة التي يتعامل معها المرشد. وقد يعتقد أن طرح الاستراتيجية العامة هي خطوة تالية على تقديم الملخص التشخيصي، إلاَّ أن التوصيات أو الأسلوب العلاجي المقترح وخطوات التنفيذ الفعلي يجب أن ينص عليها في الملخص التشخيصي بوضوح إذا رغب المرشد بأن تكون العملية التشخيصية مثمرة ومفيدة.

وكلما استطاع المرشد النفسي تحقيق الهدف الأول بأكبر قدر من الدقة والثراء كانت الخطة التي يرسمها أكثر قابلية للتنفيذ مع المسترشد، وكانت فرص نجاحها وفاعليتها أكبر. وتتضمن الخطة التي يضعها المرشد اقتراح تغيرات تتراوح بين التعديلات البسيطة في بيئة المسترشد أو توجيه بعض النصائح لأفراد أسرته أو التوجيه بضرورة إلحاق المسترشد إلى وحدة صحية أو مستشفى نفسي إذا كانت حالته النفسية تتطلب تدخلاً طبياً ونفسياً مثل الفصام أو الاضطراب الوجداني الدوري.

ويرى أصحاب المدرسة التحليلية في الإرشاد النفسي أن هدف التشخيص من الناحية العلمية: معرفي ثم عام، فهو ليس تكديساً التشخيصات الجزئية أو جمعها، بل فعل ختامي تتكامل فيه التشخيصات الجزئية في بناء هذه الوحدة الكلية للعوامل المسؤولة عن الاضطراب. وهو من الناحية العملية: تقديم فرص للعمل، وإرشاد، ونصائح... إلخ، بمعنى أكثر دقة هو: الإمساك بالدلالة الخاصة لاضطراب المسترشد في موقف ما.

ويتمثل الغرض النهائي لعملية التشخيص في الوصول إلى أنسب الخطط العلاجية للمسترشد، أما الغرض الأولي فيتمثل في:

أ ـ تحديد طبيعة المشكلة.

ب ـ العوامل البيئية المسببة لها.

ج ـ كيفية تعامل المسترشد مع مشكلاته.

د ـ الإمكانيات المتاحة لمساعدة المسترشد من حيث: ـ

- إمكانيات المؤسسة لمساعدة المسترشد.
- إمكانيات الأسرة لمساعدة المسترشد.
- إمكانيات المسترشد نفسه.

وأخيراً يمكن القول هنا، إن التشخيص يسعى إلى معرفة العوامل المسببة لاضطراب المسترشد. وفي ظل الظروف الحالية لعلم النفس والإرشاد النفسي يعدُ من المستحيل تحقيق هذه الغاية بشكل كامل نتيجة لتداخل العوامل المسببة للاضطراب كتشخيص أسباب الفصام على سبيل المثال، ومع ذلك ينبغي أن يظل الهدف كما هو، وحينما لا يكون التشخيص السببي ممكناً، يكون التشخيص الفارق هو البديل الممكن.

ومن المهام الأساسية التي يقوم بها المرشد النفسي في عملية التشخيص فهي كالآتي:

- وصف الحالة النفسية والتغيرات الحاصلة لدى المسترشد، اجتماعياً أو عقلياً أو معرفياً أو تحصيلياً.

- تصنيف الحالة ونسبها أو إرجاعها إلى نظام أو تصنيف متبع كالتشخيص التصنيفي لـ (DSM-IV) على سبيل المثال.

- إيضاح الاضطراب النفسي وشرحه وفق منهج يدرس تاريخ الحالة والعوامل المساعدة في ظهور الاضطراب.

- التنبؤ واستقراء الحالة وفق مسيرتها والحالة النهائية التي وصلت إليها، وذلك بوساطة المؤشرات والوقائع.

- إقرار البرنامج الإرشادي أو العلاجي المناسب.

- تعديل الخطة والتدخل الإرشادي إذا لزم ذلك، مع التركيز الدائم بطرائق حماية المسترشد ووقايته من التعرض للاضطراب النفسي.

استراتيجيات التشخيص:

يتضمن التشخيص مجموعة من الاستراتيجيات التي يتبناها المرشد النفسي للوصول إلى الغاية المنشودة منه، وأهمها:

1ـ التشخيص بوصفه حالة: يوجه العمل في هذه الاستراتيجية على إثبات فيما إذا كانت صفات هذه الحالة تنتسب إلى نسق أو صنف معين ومحدد من الصفات النفسية (الطباع

النفسية). حيث إن الصفات التي تتبع لشخص ما بمختلف تغيراته الفردية يمكن مقاربتها أو وصفها في تصنيف مدروس على المجتمع كله، ويمكن أن تظهر أو تصنف لدى شخص آخر على أنها نفس الحالة.

2. **التشخيص بوصفه عملية:** العمل الموجه في هذه الاستراتيجية قائم على قياس تطور الحالة وقياس تغيراتها، وذلك من وجهة نظر المعايير السلوكية (سلوك سوي، سلوك صحي، سلوك شاذ...إلخ). أما محتوى النقاط الأساسية لصورة التحليل السلوكي فيمكن إجمالها في الآتي:

أ- **تحليل الشروط الحالية لإطار الحالة:** (الوقائع التي تحت اليد) سواء أكانت داخلية أم خارجية، ومثال ذلك مسببات الإجهاد أو الشدة (خارجية)، الأمراض العضوية (داخلية).

ب - **تحليل السلوك:** ويشمل مثيرات السلوك وآثاره.

ج - **التحليل المعرفي:** ويتضمن الخلل الوظيفي في العمليات العقلية، كالخلل في الإدراك أو التذكر أو الانتباه... إلخ.

د - **تحليل دوافع الفرد والنتائج اللاحقة:** طويلة الأمد، متوسطة الأمد، الأهداف المباشرة وغير المباشرة للعملية وما يؤثر في سياقها بشكل عام.

هـ **تحليل العلاقات الاجتماعية للفرد:** طبيعة الشكوى وآليتها وأثرها في السياق الشخصي والاجتماعي.

ومثال ذلك، السلسلة التشخيصية لمرض السمنة مقابل النحافة سيكون لدينا في المخطط المفاهيم التالية:

1. الحافز أو المثير أو المحرض ونرمز له بالرمز (س): حيث يشير إلى أن هناك مشكلات ملل وضغط نفسي وقلق لدى الفرد ناجمة عن النظرة نحو جسده والضبط الدائم للطعام، وتحديد وجبات غذائية دون النظر إلى الجدوى أو القيمة أو حتى إلى الكمية، هذا الأمر بالنسبة للشخص الذي يرغب بأن يكون نحيلاً.

وفي الجانب الآخر، نجد أن عقدة النقص عند الشخص والنظرة السلبية لمظهره والإصرار على تناول الطعام بكميات كبيرة، تسمى هذه الحالة "فرط الشهية".

2. **الاستجابة، ونرمز لها بالرمز (ر):** وهي حادثة أو واقعة الشراهة أو عكس ذلك كاستجابة لمثير سابق.

3. تقوية سلبية، ونرمز لها بالرمز (ف): إن التقوية السلبية ستؤدي إلى السقوط في إطار الأحاسيس غير المريحة والأفكار المزعجة حول تصورات مفهوم الجسد.

4. حتميات سلبية، ونرمز لها بالرمز (ك): إنها النتائج أو الحتميات السلبية، إذ تكون لدى مرضى السمنة الخوف من زيادة الوزن وتفاقم مفهوم الجسد وشكله غير المريح، وما يترتب عليه من مضاعفات نفسية واجتماعية وشخصية. ومرضى النحافة يكون هاجسهم الأساس حول زيادة الوزن، وكلتا الحالتين قد تتحولان إلى حالة مزمنة عند صاحبها (العاسمي: 2007، 22).

وهنا يمكن القول: إن الشكوى تدل على وجود مشكلة، وفي الوقت ذاته تترافق بظواهر وأعراض ودلائل، وإن النظر إلى المشكلة وتحليلها يؤدي إلى مجموعة من الشروط التي تكون سبباً في المشكلة. وبقاء هذه الشروط يحافظ لا بل قد يؤدي إلى تفاقم المشكلة. بمعنى آخر شروط غير مناسبة تؤدي إلى وجود مشكلة، والمشكلة تظهر مجموعة أعراض، التي تجر ظواهر ودلائل وبالتالي تتحول تلك الأعراض (المتلازمة) إلى مرض أو اضطراب نفسي أو عقلي أو اجتماعي.

وقد يتم تشخيص المشكلة بناء على الاتجاه الذي يتبناه المرشد في النظر إلى التشخيص، فإذا كان يتبنى التشخيص التصنيفي فإنه سوف يقوم برد هذه المشكلة إلى فئة تشخيصية محددة كما ذكرت في تصنيفات الاضطرابات النفسية المعمول بها حالياً، كتصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي لجمعية الطب النفسي الأمريكية للاضطرابات العقلية (DSM) بتعديلاته المختلفة، والتصنيف الدولي للأمراض النفسية (ICD-10) وتصنيف منظمة الصحة العالمية (WHO). أما إذا كان المرشد النفسي ليس من أتباع المنهج التصنيفي في التشخيص فإنه سوف يتبنى الاتجاه الإكلينيكي الذي لا يعتمد على التشخيص في تحديد مشكلة المسترشد وإنما ينظر إلى شخصية المسترشد باعتبارها هي التي أدت إلى وجود المشكلة من حيث: نظرته إلى ذاته، والصلابة وعدم المرونة في التعامل مع مشكلات الشخصية، إضافة إلى الخلل الذي يكمن في إدراكه المضطرب لذاته وللعالم الخارجي. وهذه المسألة مثار جدل بين العلماء، والتي من المتوقع أن تؤثر على العملية الإرشادية برمتها، وهذه النقطة سوف نتناولها بالتفصيل عند الحديث عن المشكلات الخاصة بالبرامج الإرشادية.

رابعاً ـ استخدام الاختبارات والمقاييس في العملية الإرشادية:

تحتل الاختبارات والمقاييس النفسية بأنواعها المختلفة مكانة مهمة في علم النفس الحديث وفروعه التطبيقية المتعددة، كالإرشاد والعلاج النفسي، والتوجيه التربوي والمهني، باعتبارها أدوات قياس علمية ودقيقة، وتلبي أغراضاً علمية كثيرة ومتنوعة، وهذا ما أدى إلى استخدامها على نطاق واسع في مجالات الحياة المختلفة وخصوصاً في مجالات علم النفس وتطبيقاته المتعددة. فهذه الاختبارات ـ كما هو معروف ـ هي أدوات بنيت أو أعدت على أسس وقواعد لتقيس "خاصية" Attribute أو "نوعية" Quality أو أكثر من خصائص الشخص أو الشيء. ويرى" ثورندايك وهاجن" Thorndike&Hagan، 1969 أن تقدير الخصائص بالنسبة للأشخاص يمكن أن يكون باستخدام الاختبارات أو باستخدام الملاحظة في المواقف الطبيعية التي يقع فيها السلوك وتتضح من خلالها بعض الخصائص العامة للشخص.

واستخدام الاختبارات بأنواعها المختلفة ـ الشخصية والنفسية والعقلية والإسقاطية (Projection-Test) ـ مسألة أساسية ومهمة في الإرشاد والعلاج النفسي، وذلك لكونها يتحدد في ضوئها التعرف على المسترشد من خلال الحصول على معلومات عنه أكثر دقة وخلال وقت قصير، كذلك تساعد في تشخيص المشكلة التي يعاني منها المسترشد، والتنبؤ بمآلها وتطورها مستقبلاً، ومن خلالها يستطيع المرشد أن يكوّن فكرة أقرب إلى الدقة عن حالة المسترشد. حيث تمده بمعلومات ذات قيمة كبيرة يحتاج إليها في عمله، من خلال التعرف إلى مدى التقدم الذي أحرزه في أثناء عملية الإرشاد وبعدها ،ومدى تحقيقه لأهدافه، وفاعلية التدخل الإرشادي، وقياس التحسن الذي حصل لدى المسترشد بعد انتهاء العملية الإرشادية. أما بالنسبة إلى المسترشد فقد تساعده في التعرف إلى اكتشاف ذاته والتبصر بها، ومعرفة جوانب القوة والضعف فيها.

ولأهمية الاختبارات في العملية الإرشادية والعلاجية، فقد اشترطت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (American Psychological Association) على الجامعات الأمريكية التي لديها برامج للدراسات العليا في الإرشاد أن تعدّل برامجها لتشتمل على: التدريب المكثف على تطبيق الاختبارات وتفسيرها على يد متخصصين ممارسين، على أن يشتمل التدريب على استخدام اختبارات الذكاء المتعددة، وعلى اختبارات الشخصية والاختبارات النفسية

والاختبارات الإسقاطية، لأنها من وجهة نظر الجمعية تعد من الأدوات المهمة التي يحتاج إليها المرشد النفسي في عمله.

ويرى أصحاب التوجه الإنساني أن استخدام الاختبارات في الإرشاد النفسي غير مجدية في كثير من الأحيان للأسباب التالية:

أ - قد يكون استخدامها قليل الأهمية مع الأفراد الذين لا يجيدون القراءة والكتابة، لأن معظم الاختبارات المعمول بها حالياً من قبل علماء النفس والصحة النفسية كتابية والقليل منها أدائية.

ب - إن استخدام الاختبارات هي وسيلة لمساعدة المسترشد على فهم ذاته، وبالتالي يجب إشراكه قدر الإمكان في عملية اختيار الاختبار المناسب وفي تفسير نتائجه أيضاً، وهذا الأمر غير متوافر لدى المسترشد الأمي.

ج - ولعل أهم فائدة للاختبارات في الإرشاد النفسي هي المتعلقة بحاجات المسترشد نفسه. فهذه الاختبارات قد تساعده على وضع خططه واتخاذ قراراته، وهذه الفائدة ذات طبيعة معرفية في الأساس (فطيم وآخرون: 2002، 92).

د - خلفية المسترشدين البيئية والثقافية والتدريب السابق والحالة الصحية للمسترشد لحظة تطبيق الاختبار.

ه - الحالة الشخصية للمسترشد ودافعيته للإنجاز وقلق الاختبار.

و- متطلبات الاختبار من قدرات خاصة مطلوبة لإتمامه والسرعة المطلوبة للاستجابة.

ح - أخطاء التخمين والتحيز في الاستجابة.

ك - أخطاء التصحيح والتفسير من قبل القائم بعملية تطبيق المقياس.

وتأكيداً لما سبق فقد شهدت السنوات الأخيرة الكثير من الصيحات المعارضة التي تهاجم استخدام الاختبارات النفسية في تقييم الأفراد، لأنها تتدخل في خصوصية المسترشد، كما أنها تأخذ عينة فقط من السلوك ولا تقيس السلوك كله، هذا من جهة، ومن وجهة أخرى يرى العديد من علماء النفس أن الاختبارات النفسية إذا استخدمت بشكل مناسب فإنها من دون شك تقدم أغراضاً إيجابية كثيرة: فهي تساعد في الحصول على معلومات كثيرة توجّه لمصلحة المسترشد ليستفيد بها في قرارات متنوعة. ويدرك المرشد وهو يستخدم الاختبارات أن

مسؤوليته الشخصية هي مساعدة المسترشد على أن يعرف نفسه، ومدى التقدم الذي حصل له نتيجة للتدخل الإرشادي.

وتبقى هنا قضية أخرى مثار خلاف تتعلق بمن سيقوم بتطبيق الاختبارات أو المقاييس في العملية الإرشادية، هل المرشد النفسي هو المسؤول عن تطبيقها وتفسير نتائجها أم يكلف بهذا العمل شخص آخر غير المرشد؟ وللإجابة عن هذه المسألة يوجد رأيان متعارضان؛ فالرأي الأول يؤكد على عملية الفصل بين دور المرشد النفسي وأخصائي القياس النفسي بحيث يقوم أخصائي القياس بالاختبار والتقدير، بينما يتفرغ المرشد بعد تلقيه نتائج الاختبارات للعمل الإرشادي مع المسترشد. ويشير الرأي الثاني إلى ضرورة الجمع بين العملين في شخص واحد هو المرشد الذي عليه أن يقوم بتطبيق الاختبارات والتدخل الإرشادي، والحجة في ذلك أن المرشد يمكن إجراء الاختبارات كلما دعت الحاجة، فقد يقوم بتطبيقها بعد كل جلسة إرشادية أو بعد عدة جلسات (الشناوي، 1996).

ويبدو من خلال النظر في حجج الرأيين حول هذه المسألة؛ فالرأي الأول هو الأسلم في العمل الإرشادي لاعتبارات عدة:

- إن عملية الإرشاد عملية معقدة تحتاج إلى فريق عمل مدرب تدريباً عالياً للقيام بمهمات محددة في زمن محدد وفي ظروف محددة.
- إن اختيار كل عضو من أعضاء الجماعة العلاجية للقيام بدوره الذي يناسبه في العملية العلاجية.
- إنه يعطي الفرصة لكل من المرشد النفسي وأخصائي القياس النفسي أن ينهضا بعملهما الإرشادي بدلاً من قيام عضو واحد في فريق العمل الإرشادي بالدورين معاً.
- إذا قام المرشد بتطبيق الاختبارات النفسية في العملية الإرشادية، فقد يقع في تحيز شخصي يتجلى في تظليل وتحريف النتائج التي حصل عليها لصالح الفرضية التي وضعها في برنامجه الإرشادي حول تحسن المفحوص في خاصية من الخصائص الشخصية أو السلوكية أو الاجتماعية، وقد تكون هذه النتائج غير مطابقة للوضع النفسي والسلوكي لدى المسترشد.
- إن المرشد النفسي الذي يقوم بجمع المهمتين يحتاج إلى تدريب مكثف وشاق في التعرف إلى الاختبارات النفسية وتفسيرها، وفي نفس الوقت تكون لديه المهارة العالية في عملية الإرشاد، وهذا يبدو عملاً صعباً وينعكس سلباً على عملية الإرشاد برمتها.

- توجيه المرشد إلى تغيير الأسلوب الإرشادي في حال وجود أي صعوبة تعوق عمله.
- مساعدة المرشد على تلافي أوجه القصور في خدماتها وطرائق تنفيذها.
- طمأنة المرشد على فعالية عمله في البرنامج الإرشادي.
- خلق الثقة عند المرشدين والمسترشدين بما تم إنجازه.

المساعدة في تحديد ما تحقق من أهداف إرشادية.

- تقدير الجهد اللازم لبلوغ ما تبقى من أهداف وتعريف المرشد بالمدى الذي قطعه ومقدار ما تبقى.
- التعرف إلى الاحتياجات الإرشادية لدى المسترشدين.
- إيجاد الأساس العلمي الذي تبنى عليه.

وظائف الاختبارات في الإرشاد النفسي:

يمكن أن تقدم الاختبارات بأنواعها المختلفة مجموعة من الوظائف للمرشد النفسي الذي يؤيد استخدامها في عمله الإرشادي، وأهم هذه الوظائف:

1ـ التنبؤ Prediction: من المتوقع أن تساعد نتائج الاختبارات المرشد النفسي على التنبؤ بالنجاح الذي يمكن أن يحصل عليه المسترشد نتيجة للتدخل الإرشادي من جانب المرشد. وفي المعتاد، فإن المرشد ينبغي عليه أن يناقش نتائج الاختبارات مع المسترشد، بحيث ينقل إليه أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تساعده في اتخاذ قراراته في المستقبل، وكلما زادت القيمة التنبؤية لنتائج الاختبارات كلما زادت فرص نجاح التدخل الإرشادي في مساعدة المسترشد على فهم ذاته وظروفه والعوامل التي أدت إلى ظهور المشكلة لديه.

2ـ التشخيص Diagnosis: يمكن أن ينتج عن استخدام الاختبارات التشخيصية تقديم معلومات للمسترشد لم تكن معروفة له من قبل، ومثل ذلك يحدث عند تطبيق مقياس الوساوس المتسلطة أن المسترشد يعاني من القلق باعتباره اضطراباً أساسياً وليس وسواساً بوصفه عرضاً من أعراض القلق.

3ـ المراقبة أثناء التدخل الإرشاديMonitoring: يمكن أن يستخدم المرشد في هذه المرحلة الاختبارات النفسية والفيزيولوجية في كل مرحلة من مراحل التدخل الإرشادي، أي بعد كل جلسة أو جلستين، وذلك للتعرف إلى التحسن الذي طرأ على المسترشد نتيجة لاستخدامه لتلك الفنية أو الأسلوب من أساليب الإرشاد النفسي المعروفة كالتحصين التدريجي، أو التشكيل، أو

الاسترخاء العضلي. فعلى سبيل المثال يمكن أن يستخدم المقاييس الفيزيولوجية للتعرف إلى انخفاض دقات القلب أو ضغط الدم بعد إجراء تدريبات الاسترخاء العضلي.

4. القياس البعدي **Post-Test**: يمكن للمرشد أن يستخدم الاختبارات بعد تنفيذ البرنامج الإرشادي، وذلك بهدف التعرف إلى مدى نجاحه، ومقدار التحسن أو التغير الذي طرأ على سلوك المسترشد، والذي يقاس في العادة بمقارنة نتائجه في هذا القياس مع نتائجه في القياس القبلي Pre-Test.

5- التقويم **Evaluation**: ويضمن استخدام الاختبارات أيضاً في تقويم عمل المرشد، وتقويم التغير الذي حدث لدى المسترشد في ضوء الأهداف التي تم وضعها في بداية التدخل الإرشادي. وسوف نتحدث عن هذه الوظيفة بشكل مفصل عند الحديث عن تقييم البرامج الإرشادية في فصل لاحق.

وقبل أن يبدأ المرشد في استخدامه للاختبارات في عمله، عليه أن يسعى جاهداً لاختيار المقياس المناسب لحالة المسترشد النفسية والأغراض التي سوف يحققها، وعليه كذلك الإلمام بكل أبعاد هذا الاختبار أو ذاك من الاختبارات، التي أهمها: ثبات الاختبار Reliability، وصدقه Validity، ومعاييره Norms، وعمر المسترشد Client Age، ومستواه القرائي Reading Level، وغير ذلك من الأبعاد المتعلقة بطبيعة الاختبارات. ويمكن للقارئ الرجوع إلى الكتب المتخصصة بالاختبارات النفسية للاطلاع على الأساليب الخاصة بتصميمها وأشكالها ومعاييرها.

أساليب تفسير نتائج الاختبارات:

لقد تم تطوير خطتين بديلتين يمكن استخدامهما في إجراء التقييمات والتقديرات النفسية، وذلك نتيجة لما وجه من حاجة ملحّة للقياس التشخيصي الذي تجاوز كلاً من التزويد بخبراء مؤهلين تأهيلاً كاملاً في مناهج علم النفس وحقائقه، ومستوى اهتمام أمثال هؤلاء الخبراء النفسيين بما عدوه غالباً عملاً يحط من قدرتهم وقيمتهم، وقد استلزمت إحدى الخطتين استخدام مهنيين ومختصين أقل تأهيلاً، بحيث يسمون بأخصائي القياس النفسي، إذ يقومون بإعطاء الاختبارات وتقدير درجاتها، بينما اقتصرت الأنشطة التي يقوم بها خبراء علم النفس الإكلينيكي على تفسير نتائج الاختبار وكتابة التقارير المنبثقة عنه.

يبدو من هذا أن ثمة أسلوبين أو طريقتين تتبعان في العادة في تفسير درجات الاختبارات:

أولهما ـ الطريقة الإحصائية Method Statistical : وتسمى في العادة الجسر الإحصائي، وهذه الطريقة تعتمد على الأرقام والمتوسطات والانحرافات المعيارية ومعدلات الانحدار وغيرها، وهي تتعامل بشكل أساسي مع الأرقام والقوانين التي تحكم العلاقات، وتعتمد على الموضوعية (الكمية) في تشخيص حالة المسترشد السلوكية أو الانفعالية أو العقلية..إلخ. فالقيام بالتنبؤات يتم إذن على أساس من الاحتمال الإحصائي، بأن المسترشد سيوضع في فئة تشخيصية معينة حسب نظام التصنيفات الموجودة كتصنيف كريبلن، وتصنيف منظمة الصحة العالمية، أو تصنيف الدليل التشخيصي للجمعية الأمريكية للطب النفسي بإصداراته المتعددة (IV-R، IV، III-R، III، DSM-II) على أنه يعاني من القلق أو الاكتئاب أو ما شابه ذلك من الاضطرابات النفسية بناء على ذلك التشخيص القائم على التصنيف للاضطرابات النفسية والعقلية.

والميزة الرئيسة للتقييمات والتقديرات الإحصائية هي أنها تفسح المجال لإتاحة ما لدى المرشد الجيد من معرفة وخبرة وخطط لحل المشكلات في أوضاع أكثر، مما يمكنه من رؤيته.

ـ وثانيهما الطريقة الإكلينيكية Clinical Method : وتسمى "بالجسر الإكلينيكي". وتعتمد هذه الطريقة على الحس الشخصي وعلى الحدس الذي يقوم به المرشد النفسي، من حيث التنبؤ بالسلوك المستقبلي على أساس من قدرة أو وحدة مرضية تستنتج من السلوك الحالي. وتعكس هذه الطريقة اتجاهات أصحاب نظرية التحليل النفسي حول ديناميات الشخصية، حيث تركز على الديناميات التحتية ليتجه نحو السلوك القابل للملاحظة.

ويلخص "فيرز"1979، Phares في حديثه عن الطريقة الإكلينيكية لتفسير نتائج الاختبارات إلى القول: "إن التفسير الإكلينيكي يشتمل حينئذ على الإدماج القائم على حساسية لكثير من مصادر البيانات في صورة متسقة عن المسترشد، كما أنها تحقق وظيفة توليد الفروض التي تساعد فيها نظرية جيدة للشخصية. ويفضل البعض مثل "ساربين وتافتي وبايل" 1960، Tafty&Baily، Sarbin أن يركزوا على التفسير الإكلينيكي بوصفه نوعاً من اختبار الفروض الذي يشترك في كثير من الاستنتاج بالقياس المنطقي.

ومثال ذلك، الفرق بين الطريقة الإحصائية والطريقة الإكلينيكية في تفسير الاختبارات، وذلك كما يوضحه الجدول التالي:

	الطريقة الإحصائية	الطريقة الإكلينيكية
المتغير	الذكاء	اضطراب نفسي
التركيز	السلوك الحالي	السلوك المستقبلي
المعيار	درجات الاختبار، أعراض	التوافق النفسي الاجتماعي، مآل المرض
الأرضية	نموذج سلوكي اجتماعي ثقافي	نموذج كلي جشتالتي
الأسلوب	درجة الفرق بالمقارنة مع المجموعة (الدلالة الإحصائية)	الدراسة التحليلية الفردية حصراً (الدلالة الخاصة بالفرد)
مجال القياس	الوظائف النفسية البسيطة	الوظائف النفسية شديدة التعقيد

ويبدو أن المقارنة بين التفسير الإحصائي والإكلينيكي تتمحور في النقاط التالية:

- إن الطريقة الإحصائية تهتم بالجوانب الإحصائية ومعدلات الانحدار وجداول التوقعات، وإنها أكثر موضوعية. بينما الطريقة الإكلينيكية تعتمد على الحدس الذي يكوِّنه المرشد أثناء تفاعله مع المسترشد.

- تهتم الطريقة الإحصائية في عملية تنظيم البيانات وربطها بشكل جيد، بينما توفر الطريقة الإكلينيكية تقديراً للخصائص لا يمكن تقديمه عادة بالطريقة الإحصائية.

- إنه من المحال تطبيق الطرق الإحصائية التقليدية على ملاحظات جمعت عن حالة فردية، لأن تلك الملاحظات لا يمكن عدُّها ملاحظات مستقلة. بينما الطرق الإكلينيكية تركز على الظروف الواقعية لجمع البيانات لمعرفة ما إذا كانت هناك عناصر بينها تدخلت أثناء جمع البيانات أدت خطأً إلى إظهار فرق أو إغفال آخر، له وجود حقيقي وأثر كبير في مشكلة المسترشد.

- المجال الذي تتناوله الطرق الإحصائية محددة وتتعامل مع جانب أو أكثر من جوانب الشخصية المحددة القابلة للملاحظة والقياس، بينما مجال الطريقة الإكلينيكية شديد التعقيد إلى الحد الذي يتعذر معه قياسها بالطرق الإحصائية.

وثمة نقطتان أخريان ذكرهما "برنارد "Barnard لا بد من إيضاحهما، وهما: النقطة الأولى: إن التركيز على الفرد ربما كانت أكثر قابلية للتناول الإحصائي، حيث التباين داخل الفرد الواحد يغلب أن يكون أقل من التباين بين مجموعة من الأفراد.

والنقطة الثانية: إن التركيز على المجموعات قد تطمس تغيرات مهمة على أقلية من الأفراد داخل المجموعة الكلية (شابيرو: 1963، 433).

ويعلّق "كيرت ليفين" Livien على هذه المسألة فيقول: "إن علم النفس لا يزال يقف عند المفاهيم الأرسطوطالية التي تقيّم العملية العلمية على منطق التواتر وانتظامية الحدوث. ومن هنا كان التركيز علم النفس على الأسلوب الرياضي الإحصائي الذي يتيح له الاستناد إلى متوسطات حسابية، ليس لها في الواقع من وجود حقيقي، ويتعامل معها وكأنها لب الحقيقة، ناظراً إلى الاستثناءات وكأنها عديمة الأهمية طالما أنها عديمة الأهمية بمنطق التواتر، لكن التغير الذي تم في سجال علم النفس والإرشاد النفسي على وجه الخصوص تم نتيجة للتغير في المضمون للمفاهيم التي أصبحت جاليلية" (قطان، 1982، 5).

وبالرغم من الانتقادات الكثيرة الموجهة إلى الطريقة الإحصائية والإكلينيكية في تفسير نتائج الاختبارات في العملية الإرشادية، إلاّ أن الواقع العملي يخبرنا بأن الأساليب الإحصائية لا غنى عنها وكذلك الأساليب الإكلينيكية في الإرشاد النفسي، لأن التفسير الإحصائي يقودنا وينير لنا الطريق في كثير من الحالات إلى استخدام الأساليب الإكلينيكية بهدف التعرف على الدلالة الحقيقية للأعراض المرضية التي يعاني منها المسترشد. وكثير من الباحثين (صلاح مخيمر) استخدموا هذا المنهج في العمل العيادي، حيث أطلقوا على هذه العملية "بالإكلينيكية المسلحة". كما أن التخصص العلمي السليم يستطيع أن يسخر التكامل بين الأساليب المختلفة لتكون في خدمته.

تفسير المرشد لنتائج الاختبارات:

عندما يأتي المسترشد إلى المرشد طالباً منه العون منه والمساعدة في حل المشكلة التي يعاني منها، يطرح المرشد على نفسه مجموعة من التساؤلات التي يحتاج كل منها إلى إجابة. ومن أمثلة التساؤلات: ما المشكلة التي يعاني منها المسترشد ؟ هل هي مشكلة نفسية، أم مشكلة أكاديمية ؟ هل هي مشكلة أسرية أم مشكلة اجتماعية؟ وهنا يبدأ المرشد النفسي بفحص حالة المسترشد بصورة أولية والأعراض التي يعبر عنها بصورة تقارير لفظية شارحاً حالته

للمرشد. وبعد أن ينتهي الفحص المبدئي يحاول المرشد أن يضع مجموعة من الافتراضات لتحديد الشكوى بصورة أكثر دقة، مستخدماً بذلك مجموعة من الأدوات والمقاييس والاختبارات التي تساعده في الوصول إلى أن العرض الذي يشكو منه المسترشد متسائلاً، هل هو عرض حقيقي أم هو عرض وهمي؟ هل يخفي وراءه علامات ودلالات أخرى غير الظاهرة أمام المرشد ؟

هذه الخطوة التي يقوم بها المرشد تسمى مرحلة "تشخيص الحالة"، التي يعتمد المرشد فيها على استخدام العديد من المقاييس والاختبارات، وخصوصاً المرشد الذي يؤمن بأهمية الاختبارات في التشخيص النفسي.

وبعد أن يطبق المرشد أو أخصائي القياس الاختبارات النفسية أو العقلية أو الشخصية على المسترشد فإنه يحصل على درجة خام أو معيارية لهذا الاختبار أو ذاك. وعند هذه النقطة يتطلب من المرشد أن يفسر تلك الدرجة التي حصل عليها المسترشد، وذلك بهدف وضع خطة إرشادية مناسبة للمسترشد ولطبيعة المشكلة التي تم تحديدها بدقة في ضوء التشخيص المستخدم.

فقد ذكر "جولدمان " (Goldman، 1971) في كتابه "استخدام الاختبارات في الإرشاد النفسي" أربعة أساليب لتفسير نتائج الاختبارات، وهي:

1- التفسير الوصفي **Descriptive Interpretation**: ويكون التفسير في هذا النوع في ضوء التساؤلات التالية: ما نوع نمط الشخصية التي يتسم بها المسترشد؟ ما نوع الاضطراب الذي يعاني منه، هل هو قلق أم اكتئاب أم قلق اكتئابي مختلط؟ هل الأعراض التي يعاني منها هي أعراض لاضطراب فصامي أم أعراض لذهان كحولي؟ وفي هذا النوع من التفسير يحاول المرشد أن يخبر المسترشد عن خصائصه الشخصية، وطبيعة اضطرابه في (الآن وهنا).

2 ـ التفسير التاريخي **Genetic Interpretation**: ويتضمن هذا التفسير الإجابة عن مجموعة من التساؤلات مثل: ما أساليب التنشئة الأسرية التي جعلت المسترشد يتسم بالانطواء والعزلة والوحدة النفسية ؟ وهل هذه التنشئة هي التي دفعته لتناول المخدرات ؟ وهل القلق والشعور بالعجز والدونية وانخفاض تقدير الذات هي أسباب إدمان المسترشد ؟ كيف كان يتعامل في السابق مع المواقف الضاغطة، هل بالانسحاب أم بالمواربة أم بالمواجهة؟

وهنا، يأتي دور المرشد ليفسر الأعراض الحالية بالرجوع إلى ماضي المسترشد بهدف إيجاد علاقة بين الخبرات السابقة والمشكلة الحالية، ويبدو أن هذا التفسير يعتمده أغلب أصحاب نظرية التحليل النفسي.

3- **التفسير التوقعي Predictive Interpretation**: ويفسر المرشد النفسي الاختبارات وفقاً لهذا النوع بتساؤلات تتضمن الرؤية المستقبلية لاضطراب المسترشد، مثل: ما البرنامج الإرشادي المناسب لمثل هذه الحالة؟ كيف تكون استجابته للفنية المستخدمة في البرنامج؟ ما درجة التغير في شخصيته بعد تطبيق البرنامج؟ هل سنه وجنسه مناسبان لتطبيق مثل هذا البرنامج؟

4- **التفسير التقويمي Interpretation Evaluative**: وفي هذا التفسير يحاول المرشد نتيجة لدرجات المسترشد في الاختبار أن يحدد البناء النفسي الكلي للمسترشد وقدرته أم عدم قدرته على تجاوز مشكلته في المستقبل فيما لو اتبع الأساليب المناسبة في التصدي لها. ويعدُّ التفسير التقويمي الذي يبنى في العادة على الاحتمالات التي يستنتجها المرشد من استخدام واحد أو أكثر من التفسيرات الثلاثة السابقة.

ويمكن القول أخيراً: إنه بالرغم من الانتقادات التي قُدِّمت حول استخدام الاختبارات والمقاييس الشخصية في العملية الإرشادية، إلاّ أن من بديهية الأمور أن الإرشاد النفسي أكبر بكثير من مجرد القياس، فمثلاً يجب أن يتوفر لدى المسترشد الدافع للبحث عن المساعدة الإرشادية وطلبها، وذلك حتى تعطي العملية الإرشادية ثمارها. كما أن المرشد يجب أن يكون أكبر من مجرد مفسر لنتائج الاختبارات، لأن القياس لا يقدم له إلاّ جانباً محدوداً وهو الجانب الذي أمكن قياسه من الشخصية. أما شخصية المسترشد فهي كل دينامي فريد، وهذا يعني أن درجات الاختبارات لا يمكن الإفادة منها إلاّ إذا عرفنا علاقتها بكثير من العوامل، بعضها نعرفه وبعضها الآخر لا يزال في مرتبة الظن في الموقف المشكِّل كله.

ونستنتج من كل ما سبق أن بنية البرنامج الإرشادي والعلاجي تتطلب مجموعة من الخطوات التمهيدية الأولى لنجاحه، وتتمثل تلك الخطوات في تحديد وتشخيص مشكلة المسترشد، والذي على أساسها توضع أهداف البرنامج وفقاً لحاجات المسترشد، وكذلك تحديد مهام الفريق الإرشادي ودور كل واحد منهم في العملية الإرشادية، والموارد المالية الكافية، والتسهيلات والموارد والأجهزة، والكادر المهني، ومصادر الدعم القانونية اللازمة....

الفصل الرابع

المتطلبات الأساسية في بناء البرامج الإرشادية

- مصادر بناء البرامج الإرشادية
- تحديد الأهداف
- الخلفية النظرية والتطبيقية
- المستفيدون من البرنامج الإرشادي
- مكان تطبيق البرنامج وشروطه
- مدة البرنامج
- العقد الإرشادي
- القائمون على تنفيذ البرنامج
- تدريب المرشدين
- أساليب الإرشاد المستخدمة في البرنامج الإرشادي
- فنيات الإرشاد النفسي
- تمويل البرنامج
- تحكيم البرنامج

الفصل الرابع

المتطلبات الأساسية في بناء البرامج الإرشادية

مقدمة:

لمّا كان الإرشاد النفسي في نظر العديد من علماء النفس عملية تعلّم وتعليم وتوجيه؛ فإن معظم الحالات التي يمكن معالجتها هي القابلة للتعلم، وأن يكون هناك دافعاً للإرشاد من قبل المسترشد. لذلك فالجلسات التنفيذية للبرنامج الإرشادي هي الوجه الكلامي للإرشاد. أما الوجه الآخر فهو المظهر العملي له والمرتبط بالعالم الواقعي خارج جلسات الإرشاد. وإذا أريد للإرشاد النجاح فإن رموزاً لفظية يجب أن ترتبط بالاستجابات الظاهرة، أي إن الحالة ينبغي أن تمارس السلوك الإرشادي، وينبغي على المرشد أن يفرض القيام ببعض الاستجابات العملية على أثر حدوث العلامات أو الرموز اللفظية التي هي جزء من خطة الإرشاد، وهذا الربط يعزز ويدعم. وفي المراحل المتأخرة من الإرشاد فإن تقوية الدافع للتخلص من الاضطراب قد تكون له آثار إيجابية في الحالة النفسية المسترشد.

وفي هذا الفصل سوف نتناول الأهداف العامة والخاصة التي يتفق عليها كل من المرشد والمسترشد لسير عملية الإرشاد، والتي قد تطول أو تقصر طبقاً لحالة المسترشد النفسية، وكذلك الشروط المادية والزمنية لجلسات الإرشاد.

ويجب أن نشير إلى نقطة مهمة في هذا الفصل إن المؤلف لم يتبنَّ مدخلاً إرشادياً أو علاجياً بعينه في أثناء تطبيق الإجراءات التنفيذية للبرنامج، وإنما اعتمد على مدخل شمولي في النظر إلى تنفيذ البرامج الإرشادية، فمرة استخدم الفنيات السلوكية في بعض البرامج، ومرة أخرى اعتمد الفنيات المعرفية وأخرى الفنيات المتمركزة على الشخص. والباحث الممارس يمكن أن يعدِّل في هذه الخطوات بناء على الفلسفة الإرشادية التي يتبناها، كالمدرسة التحليلية أو السلوكية أو المعرفية على الرغم من اختلاف طرائق سير العملية الإرشادية من نظرية إلى أخرى، إلاّ أن الخطوط العريضة تبقى هي الإطار العام لكل المدارس الإرشادية.

مصادر بناء البرامج الإرشاد النفسي:

من أهم الأمور التي يجب على المرشد النفسي أن يأخذها باعتباره عند التفكير في بناء برنامج إرشادي، هي مايلي:

- الاطلاع على العديد من الأطر النظرية التي تتناول المشكلة المعنية بالتدخل والمعالجة.
- الإطلاع على العديد من الدراسات التي تناولت المشكلة بالمعالجة، وأثبتت نجاحها، أي إن البرنامج كان له أثراً فاعلاً في إحداث تحسن لدى المسترشد، وذلك من خلال خفض الأعراض التي يشكو منها.
- الاطلاع على الدوريات والمؤتمرات المتخصصة.
- الدراسة الاستطلاعية الميدانية للتأكد من وجود مشكلة ما لدى بعض المسترشدين تتطلب التدخل الإرشادي.
- المقاييس والأدوات النفسية التي يمكن أن تستخدم في البرنامج، بهدف رصد أثر البرنامج في إحداث التغير الإيجابي المطلوب في شخصية المسترشد.
- تحليل محتوى البرنامج الإرشادية المختلفة التي تناولت المشكلة التي يتصدى لها المرشد، والاستفادة منها في بناء البرنامج.
- التقارير الذاتية من المسترشدين والذين يطلبون تدخلاً إرشادياً بطريقة ما للتخفيف من حدة المشكلة.
- الممارسة العملية للمرشد النفسي في ميدان المشكلات الإرشادية التي يتناولها البرنامج. فقد يكون من العاملين في مجال اضطرابات الكلام لدى الأطفال، لذلك من السهل عليه أن يعد برنامجاً إرشادياً يتناول تنمية الثقة بالذات لخفض اضطراب اللجلجة في الكلام عند الأطفال.

ومن أهم الخطوات الأساسية في بناء البرامج الإرشادية مايلي:

أولاً - تحديد أهداف البرنامج:

وتتضمن هذه الخطوة وضع تخطيط مكتوب للبرنامج، ويتم فيه تقديم الخبرات النظرية والخلفيات العلمية لخدمة أهداف البرنامج، بحيث يتم ذلك من خلال ترجمة الأهداف العامة إلى أهداف إجرائية، واختيار الأساليب المناسبة الملائمة لتحقيق الأهداف. ويمكن النظر إلى أهداف البرامج الإرشادية بصفة عامة على أنها تقع في ثلاثة مستويات رئيسية هي التالية:

ـ المستوى الأول (الأهداف العامة للإرشاد): نجد أن المرشدين يتفقون على أن الإرشاد يهدف إلى إحداث مجموعة من التغيرات في حياة المسترشد.

ـ المستوى الثاني (الأهداف الموجهة للمرشد): إن المرشد نتيجة توجهه النظري يتبنى هدفاً أو أهدافاً تحددها له النظرية التي يستخدمها في عمله.

ـ المستوى الثالث (اختيار أسلوب المعالجة): وهذا المستوى يفرض على المرشد أن يعدُّ أهدافاً خاصة لهذا المسترشد أو ذلك، وهذه الأهداف هي التي توجه المرشد في اختيار الأسلوب الإرشادي أو الاستراتيجية التي تساعده على تحقيق الأهداف. وبناء على ذلك، فقد أولّت المدارس الإرشادية والعلاجية أهمية كبيرة للأهداف الإرشادية العامة (المتعلقة بالنتيجة) والأهداف الخاصة (المتعلقة بالعملية)، حيث تحّث كل مدرسة في صوغ هذه الأهداف في ضوء الإطار النظري والتكنيكات والإجراءات التي تتبناها، وذلك للوصول إلى الغاية التي تنشدها من وراء هذا التدخل الإرشادي مع المسترشد. ويرى "روجرز" (Rogers) أن الهدف من العلاج هو تغيير شخصية الفرد عن طريق تغيير المدركات، وهذا يعني قدراً كبيراً من التوافق وأقل من الصراع الداخلي ومزيداً من التعايش المؤثر للوصول إلى السلوك الناضج (الزيود: 1998، 195).

ويمكن تلخيص الأهداف بالنقاط التالية:

- تهيئة الظروف المناسبة أمام المسترشد لتغيير نموه وتطوره بالشكل الصحيح.
- مساعدة المسترشد في النضج بشكل سليم وإزالة العوائق أمام تحقيق الذات.
- تحرير الفرد من جميع أنماط السلوك الخاطئة التي تعلمها سابقاً.
- تغيير شخصية المسترشد بحيث تصبح أكثر تقبلاً لذاته وللآخرين.
- إزالة التناقضات التي تقوم بين مفهوم الواقعية والمثالية وجعل المسترشد أكثر تحملاً للمسؤولية.

بينما تتجلى أهداف الإرشاد التحليلي بما يلي: تحرير الدوافع السلمية.

- تقوية وظيفة الأنا المبنية على الواقع، ويشمل ذلك توسيع إدراكاتها بدرجة تسمح بقبول الكثير من مكونات الهو.
- تغيير محتوى الأنا الأعلى بدرجة تجعله مُعبراً عن المعايير أو المستويات الإنسانية بدلاً من المعايير الأخلاقية (الفقي: 1989، 162).

أما أهداف التدخل الإرشادي عند "هورني"، فهي:

أ - مساعدة المسترشد على إدراك وتعديل نماذج السلوك إلى درجة تصل فيها الأهداف لتحقيق رغبة المسترشد في التخلص من المشكلة التي يعاني منها.

ب - مساعدته على إقامة علاقة اجتماعية وانفعالية مع الآخرين.

ج - مساعدته في إمكانية فهم ذاته وتحقيقها.

د - مساعدة المسترشد على تحمل المسؤولية.

وهنا لابد من الإشارة إلى الأهداف التي وضعتها " هورني" التي ينبغي أن تتحقق عند المسترشد نتيجة للتدخل الإرشادي، هي التالية:

- **المسؤولية:** وهي أن يحكم المسترشد بنفسه على قدراته لصنع القرارات وقبول النتائج.

- **الاعتماد الداخلي:** ويتضمن الإدراك لدى المسترشد لقيمة الشيء، وأن يستعملها في تصرفاته وسلوكه اليومي.

- **الشعور القوي:** ويتضمن الإدراك والقبول والتعبير الملائم والاستجابة الفعالة لأي إنسان أو موقف مثل الكراهية والخوف والحب والابتهاج.

- **الإخلاص:** أن يصل المسترشد إلى درجة كبيرة من الثقة بالآخرين.

أما أهداف الإرشاد في النظرية السلوكية فهو تعزيز السلوك المتوافق، ومساعدة المسترشد على تعلم سلوك جديد والتخلص من السلوك غير المرغوب فيه. ورغم الاختلاف في منهجية كل مدرسة إرشادية وعلاجية في تحديد الأهداف العامة والخاصة لعملية الإرشاد إلاّ أنها تتفق جميعها على الخطوط العريضة لوضع الأهداف العامة، وأهم ما اتفقت عليه المدارس الإرشادية يمكن تلخيصه في الآتي:

1- مساعدة المسترشد على فهم نفسه والتبصر بها ومعرفة جوانب القوى والضعف في شخصيته.

2- مساعدته على زيادة مهارات المواجهة والتعامل مع المواقف المولِّدة للمشقة.

3- مساعدته على اتخاذ قرارات سليمة في المستقبل بشأن حل المشكلات التي تعترضه.

4- مساعدته على إحداث تغيير إيجابي في سلوكه وأفكاره ومشاعره تجاه ذاته والآخرين.

5- تحسين العلاقات الشخصية مع الآخرين.

6- تنمية قدرات المسترشد إلى أقصى حد تسمح به تلك القدرات.

7ـ العمل الدؤوب للتوافق مع متطلبات الحياة اليومية والسعي لعدم الانتكاس إلى حالة الاضطراب، وذلك باستخدام كل السبل الكفيلة للحيلولة بين توافقه النفسي الحالي وحالته السابقة.

أما أغراض الإرشاد كما حددها كورميير (1985، Cormier) فهي كالآتي:

1ـ تساعد على توضيح التوقعات الأولية للمسترشد والمرشد، وما يمكن تحقيقه في عملية الإرشاد.

2ـ تسمح للمرشدين أن يحددوا فيما إذا كانت لديهم المهارات والميل والكفاءة للعمل مع مسترشد معين نحو نتيجة معينة.

3ـ تسهيل الأداء الناجح في حل المشكلات المختلفة.

4ـ تساعد في اختيار الأسس والاستراتيجيات التي يمكن التعامل مع مشكلة المسترشد.

5ـ يكون لها دور مهم في عملية تقييم نتائج الإرشاد (الشناوي: 1996، 281).

هذا، وينبغي الإشارة هنا، إلى أن اختيار وتحديد أهداف الإرشاد، وصياغتها في صورة إيجابية وواقعية، وتحديد مستوى التغير في سلوك المسترشد، وتحديد الأهداف المتعلقة بالعملية بدقة وكذلك تقويم نتائج التدخل من الأمور ذات الأهمية التي يجب على المرشد النفسي أن يأخذها بالاعتبار عند وضع أهداف العملية الإرشادية.

ويرى "باندورا" Bandura (1969) أن تتابع الأهداف في صورة أهداف جزئية يزيد من احتمال الوصول إلى النتائج المرغوبة لسببين:

السبب الأول: إن إكمال الأهداف الجزئية يُبقي على خبرات الإخفاق في أدنى الحدود، وإن إكمال الأهداف الجزئية بنجاح سوف يشجع المسترشد ويساعده على المحافظة على واقعية التغيير.

أما السبب الثاني: فهو تنظيم الهدف النهائي في شكل أهداف جزئية يشير إلى أن الأهداف الجزئية اليومية المباشرة تكون أقوى من الأهداف الجزئية الأسبوعية البعيدة.

وهنا، يجب على المرشد أن يساند ويشجع ويعزز المسترشد عندما يكمل مهام الهدف الجزئي، وذلك للمساعدة على الإبقاء على تطلع المسترشد والتزامه بالاستمرار في تحقيق الأهداف الأخرى. كما أنه من المهم أن ندرك أن إعداد الهدف له نتائج بالنسبة للمسترشد

أكبر من مجرد الوصول إلى الهدف. فمن المفيد أن نستكشف مع المسترشدين ما يتعلمونه من هذه العملية وكيفية تطبيق ذلك في حياتهم اليومية.

ويمكن تلخيص أهداف البرنامج الإرشادي كما عبر عنها كورميروكورميير Cormier&Cormier (1985) من خلال المخطط التالي:

- تحديد أهداف المسترشد في صورة موجبة.	- صياغة الهدف صياغة جيدة مع الأخذ بالاعتبار رأي المسترشد.
- تحديد إمكانية إحداث الهدف تغييراً في حياة المسترشد.	- تحديد السلوك المطلوب تعديله.
- واقعية الهدف الإرشادي.	- مراجعة الظروف التي تساعد على إحداث التغير
- تحديد مميزات الهدف الذي يسعى المسترشد في تحقيقه.	- تحديد الأهداف الجزئية (المتعلقة بالعملية) لتحقيق الهدف النهائي.
- تحديد مساوئ هدف المسترشد.	- التعرف إلى صعوبات تحقيق الهدف.
- التعرف إلى إمكانيات تطبيق الهدف.	- التعرف إلى عملية تقويم وتقييم الهدف.

وهنا، سوف نقدم مثالاً تطبيقياً للخطوات والعناصر التي يتشكل منها البرنامج الإرشادي وهو اضطراب الوسواس القهري الخاص بغسل اليدين المتكرر لدى حالة من الحالات، والهدف الذي يسعى إليه هذا البرنامج يمكن إبرازه في الآتي:

1. منع استجابة الغسل المتكرر من الظهور لليدين.
2. خفض الأعراض السلوكية والنفسية المصاحبة لعملية الفعل القهري هذا.
3. التوافق مع الواقع من خلال وضع المسترشد نظاماً مناسباً لاغتسال الأيدي.

ثانياً - الخلفية النظرية والتطبيقية للبرنامج:

يبنى كل برنامج إرشادي - في الغالب - على أساس نظري، وذلك لمساعدة المرشد على تقويم وتقييم النتائج التي توصل إليها البرنامج في أثناء وبعد الانتهاء من تطبيقه. ويقول مصممو البرامج الإرشادية: إن البرنامج يجب أن يكون مبنياً على نظرية ما، فبعضهم يركز على الأسس النظرية والتطبيقية لنظرية الذات لكارل روجرز، وبعضهم الآخر يعتمد في بنائه على نظرية التحليل النفسي، وبعضهم الثالث يتناوله من خلال مفاهيم نظرية التعلم وتعديل السلوك... إلخ. أما البرامج الإرشادية التي تبنى على أسس نظريات الإرشاد العقلاني الانفعالي

فتميل إلى المنهج العقلي في حل المشكلات أو الصعوبات التي تواجه المسترشد. كما وأنها تتبنى عدة أساليب متنوعة تعتمد على الحس الإكلينيكي أو الخبرة الشخصية.

وبالنسبة إلى الخطوات الإرشادية لنظرية التحليل النفسي فهي: التأكيد على العلاقة القائمة بين المرشد والمسترشد، والتطهير الانفعالي للمواد المكبوتة في اللاشعور عن طريق التداعي الحر الطليق، وتفسير هذه الخبرات بهدف حل الصراع بين مكونات الشخصية: الأنا، الهو، والأنا الأعلى، ثم إكساب المسترشد عادات وخبرات جديدة.

ومن الملاحظ أن هورني لم تخرج عما نادى به فرويد في عملية العلاج، فهي تستعمل التداعي الحر، وتهتم بتاريخ الحالة وزلات اللسان واللاشعور، ولكنها وصفت ثلاث عمليات اعتقدت أن على المعالج القيام بها في العملية العلاجية، وهي:

أ. الملاحظة: وهنا يجب على المعالج أن يلاحظ الأنواع العامة في سلوك المسترشد ويلاحظ خبراته الماضية والحاضرة وعلاقاته مع نفسه ومع الآخرين. وتفيد الملاحظات التحليلية الخاصة في أن يتعرف إلى الدوافع اللاشعورية للمسترشد.

ب - الفهم: إن أي ملاحظة مهما كانت صغيرة يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار، وعلى المعالج أن يسأل نفسه الأسئلة التالية: لماذا ظهرت تلك المشاعر والأفكار الآن فقط؟ ماذا تعني في سياق الكلام الخاص؟ لماذا يفكر بها في هذه الطريقة؟ ونجد أن الأحلام والتخيلات مهمة للفهم ولها علاقة مباشرة بشعور الفهم الضمني، أي لابد من فهم نقاط التغير المفاجئ للمسترشد خلال عملية العلاج.

ج - التفسير: عندما يطوِّر المعالج فهمه للحوادث فإن عليه أن يشارك المسترشد استنتاجاته، أي عليه تقديم تفسيراته للمسترشد إذا وجد ذلك مناسباً وإذا كان لا يؤثر في أسلوب التحليل النفسي. فإذا كانت التفسيرات صحيحة تعطي اتجاهات جديدة للأفكار وتجعل المسترشد أكثر تعاوناً، أما إذا قُدمت التفسيرات بطريقة خاطئة وفوضوية فإنها تثير الألم والقلق ردود الفعل الدفاعية عند المسترشد. لذا، على المحلِّل النفسي أن يفهم مشكلات المسترشد قبل إعطاء التفسيرات.

بينما تفترض "كارن هورني" (Horny) فحص النماذج الشخصية الداخلية، أو ما يسمى "بالنزعات العُصابية" مرة كل وقت بعد اكتشاف كل واحد منها. والمحلِّل والمسترشد يعملان معا لإدراك أشكال النماذج المختلفة ويتحققان من أصلها ومظاهرها ونتائجها، وأخيراً اكتشاف

علاقاتها الداخلية التي ترتبط بنماذج أخرى. وقد حذرت هورني من التركيز على الأعراض في المراحل المبكرة للعملية العلاجية، بل الاهتمام بالنماذج الثلاثة الأساسية في الشخصية وهي: الإذعان، والعدوان، والعزلة.

ومن وجهة نظر "هورني": " فإذا كان الإنسان العادي يتعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها المضطرب؛ فالاستجابات التي تنتهي بالخوف أو التي تثير بعض النماذج من التأثير الإيجابي يمكن تعلمها. ومن هنا افترضت مبادئ إمكانية التغير عبر الإدراك والتبصر والفهم" (الزيود: 1998، 121)، وبالتالي فإن علاقات المريض تتحسن مع الآخرين بالتحليل والفهم لنماذجه الخاطئة، وتزداد قدرته بشكل تدريجي وواضح حتى يصبح لدى المسترشد المقدرة على القابلية للتغير.

هذا، وتختلف خطوات العملية الإرشادية القائمة على النظرية السلوكية عن غيرها من النظريات النفسية الأخرى، كنظرية التحليل النفسي والنظرية المعرفية من حيث تركيزها على السلوك الظاهري القابل للقياس والملاحظة، وعلى تحديد السلوك المستهدف، وتحديد الظروف التي يحدث فيها السلوك، واستخدام التقنيات السلوكية في خفض أعراض السلوك الظاهرة عند المسترشد، كالنشاط الزائد أو السلوك العدواني أو الخجل...إلخ.

إن هدف العلاج النفسي هو إزالة الاضطراب بطريقة مخططة خلال سلسلة من عمليات: التحليل والتركيب. وهذه العمليات سوف تشمل: التطهير أو التنفيس الانفعالي، وإعادة شحن، وتمحيص، وإعادة توجيه.

وتحليل التفاعل التبادلي قد يكون غير مقنع للنتائج التي يتوصل إليها من خلال التحسن أو التقدم الذي يجعل المرضى يشعرون بالراحة، ولكنه يهدف إلى شفاء وتحويل الفصاميين إلى غير فصاميين.

بينما الأرضية النظرية للعلاج عند "بيرن"pernn فهي قائمة مصطلحات بنيوية يحاول العلاج تثبيت وتطهير (الراشد)، ومع أفضلية الراشد، فإن القرار المبكر (للراشد) الذي يؤدي إلى موقف مرضي نفسي يمكن إعادة النظر فيه (والأب) يمكن حمله على قبول شروط الراشد. والموقف أنا بخير وأنت بخير (You are Ok)،I am Ok يمكن افترض تحقيقه أو الوصول إليه. وعلى أية حال فإن "بيرن " Pernnيبدو أنه يتقبل الضبط للعَرَض وتخفيف الأعراض والضبط

الاجتماعي بوصفها أهدافاً لعلاج الأعصبة، ولكن الهدف النهائي لتحليل التفاعل التبادلي هو إعادة التكيف البنيوي والتكامل".

وهناك على ما يبدو سلسلة من الخطوات أو المراحل في العلاج النفسي والتحليل التبادلي، وهذه المراحل هي:

1ـ التحليل البنيوي: يشتمل التحليل البنيوي على دراسة وصفية لحالات الأنا وتحديد الحدود بالنسبة للأنا وتثبيت ضبط (الراشد)، وهدف هذه الطريقة هو إعادة بناء سيطرة حالات الأنا الواقعية (الراشد) وتحررها من الفساد أو تلوثها بالعناصر القديمة والغريبة الخاصة بالطفل والأب. والنتيجة هي الاستقرار الذي يكون فيه الراشد وهو المدير، وتستدعى حالات الأب والطفل عند الرغبة في ذلك.

2ـ خصوصية التحليل التبادلي: بعد الانتهاء من التحليل البنيوي يمكن إنهاء العلاج، ويستطيع المريض أن يدخل في التحليل النفسي أو يبدأ في التحليل التبادلي، والغرض من هذا التحليل هو الضبط الاجتماعي أي ضبط الميل الخاص للفرد في التحكم في الآخرين بطرق تخريبية أو غير مثمرة، كضبط ميله إلى الاستجابة من غير استبصار أو اختياره للتحكم في الآخرين.

3ـ تحليل المسليات والمباريات: إن تحليل التفاعلات المتبادلة الممتدة يتم في صور من المسليات التي تنظم المراحل المبدئية من العلاج الجماعي كما المباريات. وتقوم مباريات الفرد في صور من المكاسب الأولية والمكاسب الثانوية والاجتماعية، وهدف تحليل المباراة هو التحرر من مباريات العلاقات العاطفية أو ليصبح بصورة أكثر فاعلية في المجتمع، فالهدف هو التحرر في اختيار ما يشاء من المباريات.

4ـ تحليل المخططات المكتوبة: المخططات تمثل في الجماعة، وهدفها إغلاق العرض ووضع عرض أفضل لتحرير المسترشد من الاستعادة القهرية من المأساة الأصلية التي على أساسها كتب المخطط، والمسترشدون الذين يأتون للعلاج النفسي تكون مخططات الحياة لديهم مأساوية أكثر منها بناءة. وهدف العلاج في نظر المسترشد هو أن يصبح قادراً، وأن يسمو بالمخطط خلال ضبط حياته بوساطة الراشد، وذلك لا يعني أن (الراشد) يعمل منعزلاً عن حالات (الأب والطفل) الملائمة.

5ـ تحليل العلاقات: "إن تحليل العلاقات يكون بصفة رئيسية في العلاقات الزوجية والعلاقات الوثيقة المتبادلة أو العلاقات المهددة، وهي تستخدم بقلة أو باقتصاد، حيث ينظر

إليها من قبل المريض كتأثير لا مسوّغ له في قراراته. وقد تتطلب بعض الحالات تحليلاً بنيوياً من الدرجة الثانية وهو الذي يتعلق بتحليل وتقدير الحالات المعقدة للأنا. (فالأب) على سبيل المثال يشمل عناصر من الاثنين الأم والأب وكل منهما يملك مكونات الأب والراشد والطفل، وتشمل حالة الأنا (الطفل) مكونات من (الأب والراشد والطفل) والأخير هو حالة بدائية للأنا داخل حالة الأنا (الطفل) الكلية". (الفقي: 1989، 300).

ونستنتج من كل ذلك، إن كل برنامج يجب أن يستند على نظرية علمية يتسلح بها، باعتبارها المرجعية النظرية التي تساعد المرشد في تحديد أهداف البرنامج وإجراءاته وطرائق تقويمه وتقييمه. وفي مثالنا السابق نجد أن الأرضية النظرية للبرنامج العلاجي المتعلق بغسل اليدين هو العلاج السلوكي.

فقد كثرت أساليب العلاج السلوكية التي تهدف إلى تخفيض القلق المرتبط باضطراب الوساوس القهرية بإزالة الحساسية بالتدريج أو التعرض الطويل للمثيرات المخيفة لعلاج الوسواس القهري، والعلاج بالتنفير، فقد نجح هذا العلاج الأخير باستخدام الصدمات الكهربائية واللسع بشريط مطاط على معصم اليد أو الحساسية الباطنية وغير الظاهرة بدرجة أكبر. لذلك فالبرنامج الإرشادي الذي نقوم بتصميمه كمثال قائم على نظرية الإرشاد السلوكي وخصوصاً فنية التعرض ومنع الاستجابة.

فقد ذكرت الدراسات العلمية وخصوصاً تلك دراسات التي قام بها "ماير وليفي" Meyr&Laevy1973، أن هذا البرنامج نجح نجاحاً باهراً في علاج عشر من خمس عشرة حالة، ونجاحاً متوسطاً في بقية الحالات. ويتكون هذا البرنامج من تعرض طويل متكرر (من 45 دقيقة لساعتين) للمتعالجين لمواقف تثير عدم الارتياح، مع تعليمات مشددة بالامتناع عن ممارسة الفعل القهري طول مدة العلاج، بصرف النظر عن الدافع لذلك. وعادة ما يكون التعرض متدرجاً فتأتي المثيرات التي تسبب شعوراً متوسطاً بالضغط قبل المثيرات الأكثر إزعاجاً، وتشتمل جلسات العلاج نمطياً على تعرض حي تخيلي للمثيرات المرتبطة بالتهديد، ويوجه المسترشدون إلى ممارسة تدريبات إضافية على التعرض بين جلسات البرنامج بوصفه واجباً منزلياً.

ثالثاً - المستفيدون من البرنامج وكيفية اختيارهم:

إذا نظرنا إلى أنفسنا في لحظة من لحظات حياتنا نظرة موضوعية، وما يدور فيها من صراعات واحباطات ومشكلات مختلفة، نشعر أحياناً أننا بحاجة إلى التوجيه والإرشاد والمشورة بشأن أمر ما، ولكن عندما تصبح الذات في حالة من التناقض، وتسبب لنا في أحيان كثيرة الضيق والتوتر، وفقدان الهمة، وضعف الإنتاجية، واضطراب العلاقة مع الآخرين، يصبح الإرشاد النفسي أمراً لا مفرّ منه.

وثمة تساؤل يطرح نفسه علينا باعتبارنا من العاملين في مجال الإرشاد النفسي، مفاده: من الأفراد المستفيدون من البرامج الإرشادية ؟ في واقع الأمر هناك فئات من أفراد المجتمع تحتاج إلى التدخل الإرشادي، وخصوصاً الأفراد الذين يشعرون بالتوتر والضغط النفسي الدائم أو المزمن، والذين يشعرون بالغضب والعدوانية أيضاً، وتكون هذه الخاصية سمة بارزة في شخصياتهم، وكذلك الأفراد الذين يتسمون بضعف الثقة في الذات، والشك الدائم بالآخرين، والقلق نحو المستقبل، ومشاعر العزلة والوحدة النفسية الدائمة، ويفتقدون إلى المبادرة وتقديم أنفسهم للآخرين بطريقة ودية. وأخيراً أولئك الذين يُظهرون تصرفات شاذة أو غريبة أو غير مألوفة لدى عامة الناس.

وهنا، ينبغي على واضع البرنامج أن يحدد الفئة المستهدفة من البرنامج قبل تطبيقه، حيث يقول على سبيل المثال: إن هذا البرنامج يمكن أن يستفيد منه الطلبة الذين يعانون من القلق الامتحاني، بدءاً من طلبة المرحلة الإعدادية وحتى المرحلة الجامعية، أي الأفراد الذين تتراوح أعمارهم من (14 سنة فما فوق)، حيث يتم اختيارهم بناء على نتائجهم المرتفعة (الربيعي الثالث) في مقياس قلق الامتحان، وعلى تقاريرهم الذاتية حول وجود مشكلة حقيقية تواجههم عند الدخول إلى امتحان ما.

وبشكل عام قد، يستفيد من هذه البرامج الإرشادية الفئات التالية:

- الحالات التي تعاني من اضطرابات انفعالية: يمكن أن يستفاد من البرنامج الأفراد الذين يعانون من مخاوف حقيقية تجاه مثيرات ومواقف تستدعي ظهور حالة الخوف غير مبررة وغير منطقية لديهم، مثل: الخوف من الأماكن المغلقة، والخوف الاجتماعي، وكذلك الذين يعانون من

مشكلات أكاديمية أو تحصيلية أو نفسية، كالاكتئاب أو الوساوس المتسلطة أو السلوك العدواني...إلخ.

- الصغار والكبار، العاديين وغير العاديين (ذوي الاحتياجات الخاصة)، كما يمكن أن تقدم البرامج للذكور وللإناث حسب طبيعة المشكلة، وتقدم أيضاً للمتعلمين وكذلك للأفراد الذين لديهم درجة مقبولة من التعليم وكذلك تقدم للأميين. ويشترط في هذه البرامج أن تكون مناسبة لطبيعة كل مرحلة عمرية، وطبيعة المشكلة وشدتها، والقائمين على تقديم الخدمة الإرشادية من حيث الخبرة والمعرفة الكافية بالبرنامج، هل القائم ببناء البرنامج هو المسؤول عن تنفيذ البرنامج أم هو عضو من أعضاء فريق العمل الإرشادي كالممرضة النفسية على سبيل المثال؟ أو هي الأم في حالة معالجة المسترشد الذي يعاني من التبول اللاإرادي الثانوي، أم المعلم الذي ينفذ برنامجاً إرشادياً لطفل يعاني من مشكلة أكاديمية.

- مجال مشكلات الأطفال الذين لم ينجحوا في التوافق مع مطالب المجتمع.

- مشكلات الشباب الشخصية والعلمية، وخاصة طلاب المدارس الثانوية وطلبة الجامعات. ففي حالات سوء التوافق الوجداني والشخصي في هذا المستوى نجد استعمال فن العلاج النفسي تعدُ أمراً ضرورياً. كما أصبح التوجيه المهني في المدارس الثانوية أمراً تزداد أهميته عاماً بعد عام، وذلك بسبب الاعتقاد السائد في التربية حديثاً، لذلك يمكن أن يستفيد المرشد النفسي المهني من هذه البرامج في تقديم الخدمات التربوية والمهنية للطلاب المحتاجين إليه.

- الصحة النفسية للراشدين ،وأكبر ميادينها التوافق في الحياة الزوجية.

- الصحة النفسية لكبار السن، وتتضمن المشكلات النفسية للتقاعد والمشكلات الصحية والاجتماعية.

- في مجال الخدمة الاجتماعية: وتعني تقديم الخدمات الإرشادية لكافة أفراد المجتمع وخصوصاً الأفراد الذين يعيشون في السجون أو في المؤسسات الإيوائية كالأحداث الجانحين، والأطفال الأيتام وغيرهم.

- الخدمات في مجال الصناعة والهيئات والشركات التجارية والصناعية.

- الخدمات النفسية التي تقدمها البرامج في الميدان العسكري، كحالات الهروب من الخدمة، عُصاب الحرب وغيرها من مشكلات التوافق التي يعاني منها العسكريون في العادة.

وباختصار، على المرشد أن يحدد المستفيدين من تطبيق البرنامج تحديداً دقيقاً، لأنَ ذلك يساعد على وضع أهداف البرنامج، وخطوات سيره، والعلاقة القائمة بين المرشد والمسترشد أو المسترشدين، إذا كان إرشاداً جماعياً، كما يساعد ذلك في تقييم جدوى البرنامج في إحداث الأثر الذي يتركه في المسترشد سلوكياً وعقلياً واجتماعياً. وبدون هذا التحديد يصبح البرنامج مجرد مهارات نفسية غير مضبوطة كمياً وكيفياً. من هذا نرى أن البرامج الإرشادية والعلاجية لها مكانة مهمة في كثير من الميادين في الوقت الحاضر، وأنه ينتظر منها أن تحقق مزيداً من الدعم النفسي للمسترشدين في المستقبل.

رابعاً . مكان تطبيق البرنامج وشروطه:

في الغالب تتم العملية الإرشادية في مكان معترف به من قبل الجهات الرسمية، كالمستشفيات النفسية والعقلية، والعيادات الخاصة، أوفي مراكز الإرشاد النفسي، أو مركز الخدمات الطلابية. والقائمون على هذا المكان مختصون في مجال تقديم الخدمات النفسية حسب تخصصاتهم. حيث يجرى في هذا المكان الاختبارات النفسية والفحوص الطبية والنفسية التي يسعى المرشد من ورائها إلى تشخيص حالة المسترشد، والبدء في تنفيذ البرنامج الإرشادي. لذلك فالعيادة أو المركز الإرشادي الذي يقابل فيه المرشد مرضاه يجب أن تتوافر فيه مجموعة من الشروط والتي ينبغي على المرشد أخذها في اعتباره أثناء عمله الإرشادي.

ويرى العديد من العاملين في مجال الإرشاد النفسي أن العيادة يجب أن تؤثث بالأثاث المناسب من حيث توافر:

أ - كرسي مريح يستلقي عليه المسترشد، مع العلم أن كثيراً من المسترشدين يكونون متوترين في بداية الجلسات الإرشادية الأولى وغير قادرين على استخدامه بطريقة صحية، إلا أنه مع التقدم في العلاج يأمل المرشد أن يستخدم المسترشدون هذا الكرسي بأريحية تامة. كما أن جلوس المسترشد على حافة كرسي صلب لا يساعده على البوح بمكنونات نفسه، بل يمكن أن يضعه في مقارنة لا مبرر لها مع المرشد الذي يجلس في الغالب على كرسي أكثر راحة.

ب - سرير أو تخت يستطيع المسترشد الاستلقاء عليه، وأن يكون من نوع الأسِرَة التي يستخدمها الأطباء في الكشف الطبي. كما ينبغي أن يزود في نهايته، أي موضع الأقدام بقطعة

قماش إضافية من نفس القماش الذي يغطى به، والتي يمكن نزعها بسهولة للتنظيف. وهذا ما يمكن المسترشد من ممارسة عملية الاسترخاء العضلي من دون نزع حذائه.

وينبغي أيضاً أن تتوافر في الغرفة الإرشادية الشروط الصحية مثل: الإضاءة الكافية، والتهوية الجيدة، مع توافر كراسي مريحة وطاولة من أجل وضع أدوات القياس الفيزيولوجي والنفسي عليها. إضافة إلى ذلك أن تكون ألوانها مريحة للنفس، ويوجد فيها بعض اللوحات الطبيعية وليست الشخصية، لأنها قد يكون لها مدلولات كثيرة في ذهن المسترشد، مما تعوق بشكل مباشر العملية الإرشادية. فقد يفسر المسترشد لوحة فتاة على الجدار أن المرشد النفسي ذا نزعة جنسية، أو لوحة طفل قد تفسر على أن المرشد لديه تثبيت نفسي في مرحلة الطفولة، وقد يضع المرشد مؤلفات فلسفية على رفوف المكتبة مما تجعل المسترشد الذي لا يؤمن بهذه الكتب النفور من المرشد. وبالمختصر ألّا تحتوي الغرفة من الأثاث ما يعبر بقوة عن ذوق المرشد أو يكشف بوضوح عن حياته الشخصية.

أما فيما يتعلق بكتابة الملاحظات التي يدونها المرشد النفسي فيجب ألّا تكون عقبة تعترض حديث المسترشد. ومن الأمور المهمة لجلسة العلاج التحليلي أن يكون ترتيب الأثاث بحيث لا يجلس المسترشد في مواجهته مباشرة، وحتى لا يكون المكتب بمثابة حاجز يصعب اجتيازه، لذلك ينصح بأن يكون المرشد خلف رأس المسترشد، الأمر الذي يتيح للمسترشد التنفيس الانفعالي بحرية تامة بعيدة عن التواصل البصري الذي يعوق التعبير عما يدور في نفسه من مشاعر وانفعالات.

أما الطريقة المثلى في العلاج فتحدث في مواجهة مباشرة بين الطرفين وبدون حواجز، لأن التواصل اللفظي وغير اللفظي لهما دلائل مهمة في عملية فهم كل طرف للآخر.

وطريقة جلوس المرشد أمام المكتب فتعتمد على طريقته في الكتابة، فإذا كان يستعمل اليد اليمنى في الكتابة فيجلس في الطرف الأيمن من المكتب. أما إذا كانت طريقته في الكتابة تعتمد على اليد اليسرى فيجلس على الطرف اليساري من المكتب. والغاية من ذلك أنه عندما يريد المرشد تدوين الملاحظات في كراسته الخاصة ألّا يفقده هذا الوضع تواصله المباشر مع المسترشد من خلال الالتفات أو النظر إلى الخلف أو إلى الأسفل.

وفي نهاية الجلسة التمهيدية يطلب المرشد من المسترشد أن يأتي إلى نفس الغرفة، وفي نفس الوقت من اليوم لكل موعد تم تحديده، وهذا يساعده على التعرف إلى المكان بسهولة ويسر، ويبعث في نفسه أيضاً إحساساً بالأمان والراحة.

وبالنسبة للأطفال الصغار، فإن لتهيئة المكان أهمية خاصة في عملية إرشادهم، لذلك يجب إعداده وتزويده بما يتناسب وحاجات الطفل الخاصة. وغرفة الإرشاد يجب أن تكون غرفة غير عادية، بحيث تكون جذابة للطفل وفيها الكثير من اللعب والكتب المصورة، وأدوات الرسم التي تساعده في التعبير عن مشاعره واهتماماته ومشكلاته (ستور: 1991، 25).

خامساً– مدة البرنامج وطول الفترة الفاصلة بين جلسة وأخرى:

تستمر جلسات الإرشاد النفسي التقليدية ـ في العادة ـ بين (8ـ 12) جلسة، ويعتمد عدد الجلسات على طبيعة المشكلة، ومدى تحسن الحالة. وهنا ينبغي على القائم بتنفيذ البرنامج الإرشادي تحديد المدة الزمنية لتطبيق البرنامج والمدة الفاصلة بين جلسة وأخرى. وقد تتباين طول الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج بتباين النظريات الإرشادية والعلاجية؛ فنظرية العلاج التحليلي على سبيل المثال ترى أن الفترة الزمنية للبرنامج قد تطول وقد تقصر، وذلك تبعاً لنوع الاضطراب الذي يعانيه المسترشد وشدته.

والمتعارف عليه في هذا النوع من العلاج أنه قد تمتد الجلسات الإرشادية ما بين ثلاث سنوات إلى عشر سنوات أو أكثر، والفترة الفاصلة بين جلسة وأخرى بحدود ثلاثة أيام. بينما الفترة الزمنية المخصصة للبرنامج في العلاج المتمركز حول المسترشد في بحدود خمسة شهور، بواقع (15) جلسة إرشادية، والمدة الفاصلة بين الجلسة وأخرى بحدود أسبوع تقريباً. ويقول "روجرز" في هذه المسألة: " إن فترة العلاج وساعته هي فترة نمو موجهة للمسترشد، وأنها خبرة من خبرات الحياة العادية التي لا تخلو من قيود الزمن، ونستطيع أن ندرك مدى أهمية تحديد الزمن في الجلسات العلاجية، وإن فهمنا فهماً دقيقاً، وإتباعنا لحدود الزمن لمن دواعي تقدم العملية العلاجية، على إلاّ يكون الارتباط بالزمن بشكل ميكانيكي وآلي، بل يراعي في ذلك أن العلاقات العلاجية هي علاقات إنسانية وليست آلية بأي حال من الأحول (روجرز: 1971،51).

وثمة تباين أيضاً بين مدرسة إرشادية وأخرى حول مدة الجلسة الإرشادية، فبعضها رأت أنه يجب أن تكون الجلسات الإرشادية قصيرة بحيث لا تتعدى (30) دقيقة، إلاّ أن هذا الرأي له سلبياته إضافة إلى كونه محبطاً لآمال كل من المرشد والمسترشد، وذلك لعدم توافر الوقت الكافي لمتابعة الموضوعات والمشكلات بعمق أثناء الجلسة. أما الجلسات الطويلة جداً فإنها مجهدة لكليهما.

أما الفترة الزمنية المثالية للجلسة الإرشادية في معظم البرامج الإرشادية التي تتبنى أسس نظرية معينة فتتراوح بين (25 دقيقة إلى ساعة ونصف) بمتوسط قدره (60) دقيقة.

وغالباً يتوقف طول الجلسة على:

1ـ الأساس النظري الذي يستند إليه البرامج الإرشادي أو العلاجي، كنظرية التحليل النفسي، أو النظرية السلوكية، أو النظرية الإنسانية.

2. نوع المشكلة أو الاضطراب النفسي الذي يعانيه المسترشد، كاضطراب من الاضطرابات الذهانية الشديدة كالفصام على سبيل المثال، أو كاضطراب عصابي كالقلق أو توهم المرض أو الهستيريا، أو اضطراب في التوافق، أو مشكلة مهنية، أو مشكلة سلوكية أو نفسية.

3ـ شدة المشكلة وتكرارها وخطورتها على المسترشد على المستوى الشخصي والاجتماعي والنفسي.

4. الفئة العمرية التي يتعامل معها البرنامج الإرشادي؛ فزمن الجلسة الإرشادية المخصصة للأطفال غير زمن الجلسة المخصصة للكبار. وغالباً يكون زمن الجلسة المخصصة للأطفال أقصر من زمن الجلسة المخصصة للكبار، فهي بحدود نصف ساعة للصغار،على حين قد تمتد لحدود ساعة أو أكثر لدى الكبار.

5. يرتبط زمن الجلسة الإرشادية كذلك بنوع الجلسة، هل هي جلسة تمهيدية أم جلسة لجمع المعلومات وتطبيق المقاييس النفسية المختلفة أو جلسة تشخيص أو علاج أو جلسة تقويمية أو جلسة إنهاء علاج، أو جلسة متابعة أو جلسة استشارة وتوجيه؟ وكل جلسة من هذه الجلسات يختلف زمنها عن الأخرى؛ فالزمن المستغرق في الجلسة التمهيدية على سبيل المثال شأنها في ذلك شأن المقابلات التالية. ويفضل بعض المرشدين أن تكون المقابلات التمهيدية أكثر طولاً بالمقارنة مع الجلسات التالية. وقد تعطي هذه الطريقة المرشد فرصة أفضل للتعرف إلى مسترشد جديد، لكن لها عيوبها المتمثلة في إعطاء المسترشد توقعات سلبية، فقد يعتقد أن جميع

اللقاءات التالية ستطول كاللقاء الأول، أو يحس أنه إذا ما احتاج لوقت أطول في لقاء تال، فإن المرشد سيمنحه إياه بسهولة، ولما كان التوقعان خاطئين، فمن المستحسن تجنبهما. ويمكن للباحث الرجوع إلى النظريات النفسية المختلفة لبيان الزمن الذي تسمح به الجلسة الإرشادية عندما يرغب ببناء برنامج إرشادي لحالة من لمشكلات من المشكلات التي يعاني منها بعض المسترشدين.

6. إضافة إلى ما سبق، فزمن الجلسة الإرشادية يختلف باختلاف أسلوب الإرشاد المستخدم سواء أكان فردياً أم جماعياً؛ فزمن الجلسة الجماعية أطول من زمن الجلسة الفردية، لأنَ فيها الكثير من المناقشات وإبداء الرأي لكل عضو من أعضاء المجموعة الإرشادية الذي يصل عددهم في المتوسط إلى (10) أعضاء.

ومثال ذلك، فقد يذكر المرشد النفسي للمسترشد مدة البرنامج قائلاً: تستغرق عملية تطبيق هذا البرنامج ثمانية أسابيع مبدئياً، يتم خلالها تنفيذ ثمانية جلسات إرشادية، مدة الجلسة الواحدة ساعة فقط، خصصت الجلسة الأولى للتعارف، وخصصت الجلسة الأخيرة لتقييم البرنامج والتطبيق البعدي لأدوات البرنامج".

سادساً - العقد الإرشادي:

إن العملية الإرشادية التي يقوم بها المرشد مع المسترشد عبارة عن رحلة شاقة ومضنية في أغوار النفس البشرية، تتطلب في كثير من الحالات الحديث عن أمور لم يتحدث عنها المسترشد قط، وهذه الخبرات المؤلمة تؤرق المسترشد وتضايقه ولا يرغب البوح بها إلى الآخرين من دون ضمانات معينة، إضافة إلى ذلك، فهناك متطلبات ومسوؤليات كثيرة تقع على الجانبين أثناء عملية الإرشاد لا بد من تحديدها والاتفاق عليها ضماناً لكليهما. وأهم هذه الأمور التي يجب أن يتفقا عليها قبل البدء بعملية الإرشاد النفسي مايلي:

أ - مسؤوليات وأدوار كل منهما في الجلسات الإرشادية.

ب - السرية التامة لكل ما يدور في الجلسات من خبرات.

ج - الثقة والتقبل لكل منهما للآخر.

د- المحافظة على مواعيد الجلسات الإرشادية وعلى الزمن المخصص للجلسة الإرشادية.

هـ الاتفاق على الأهداف العامة والخاصة للعملية الإرشادية.

و- الاتفاق على التقنيات والأساليب النفسية التي تستخدم خلال الجلسات، ويمكن تعديلها إذا اقتضى الأمر برغبة الطرفين.

ز- الواجبات المنزلية التي يمكن أن ينفذها المسترشد خارج الجلسات.

ح - التكاليف المادية التي يدفعها المسترشد أو الجهة المسؤولة.

ومثال ذلك"

" أنا المسترشد........ من مواليد....... قدمت إلى المرشد النفسي...... بإرادتي الشخصية، وأنا مستعد للالتزام بالمعايير الإرشادية من حيث: الوقت المخصص للجلسات، والمجيء إلى العيادة النفسية أو المركز الإرشادي في الموعد المحدد، وأن أحترم النظام، وأتقبل التوجيهات الصادرة من المرشد بصدر رحب، وأن أقوم بأداء ما يطلب مني من واجبات وأنشطة، وأن أحافظ على سرية ما يحدث من موضوعات في أثناء الجلسات الإرشادية التي المعقودة بيننا.

توقيع المسترشد

وبعد الاتفاق على تلك المسائل المتعلقة بالعملية الإرشادية يوقع المرشد والمسترشد على هذا العقد الذي يكون مكتوباً في وثيقة خاصة تسمى "العقد الإرشادي"، وتودع في جهة رسمية إذا كان المرشد يعمل في مؤسسة حكومية أو في ملف المسترشد إذا كان العمل في عيادة خاصة، وذلك لسهولة الرجوع إليه إذا حدث عدم اتفاق حول أية نقطة من نقاط هذا العقد. والغاية من العقد هي حماية كل منهما (المرشد - المسترشد) من النتائج السلبية غير المتوقعة التي يمكن أن تحدث مستقبلاً، وتؤثر على سير العملية الإرشادية ونتائجها.

سابعاً - القائمون على تنفيذ البرنامج:

هم المسؤولون الرئيسيون على عملية تنفيذ البرنامج الإرشادي، إذ يقترحون الترتيبات والإجراءات اللازمة لتفعيل عملهم، ومتابعة تنفيذها ميدانياً. وفي الغالب يكون هذا الفريق مكوناً من أكثر من شخص مختص ومدرب على تنفيذ إجراءات البرنامج وخصوصاً إذا كان البرنامج تربوياً أو توجيهياً، ويساعدهم على تنفيذ البرنامج - في الغالب - طلاب الدراسات العليا والماجستير والدكتوراه الذين لديهم المعرفة الجيدة بتطبيق البرامج، سواء كان التطبيق فردياً أم جماعياً وبإشراف القائمين على إعداد البرنامج.

جرت العادة في كثير من مراكز البحث العلمي العاملة في بناء البرامج أن يقوم فريق عمل ميداني ليس لديه معرفة بأهداف البرنامج بتطبيقه على الفئة المستهدفة، وذلك تجنباً للحكم الذاتي في استخلاص النتائج التي يسعى البرنامج إلى تحقيقها. ويعدُّ هذا الإجراء الأفضل في استخلاص نتائج موضوعية حول مصداقية الأثر الذي يحدثه البرنامج في سلوك أو أفكار أو اتجاهات العينة المستهدفة. أما إذا قام مُعدّ البرنامج بتطبيقه هو نفسه ميدانياً فإن النتائج سوف تكون مضلّلة في أغلب الأحيان. وقد دلّت الملاحظات التي قام بها مؤلف هذا الكتاب بتتبع البرامج الإرشادية أو العلاجية لطلاب الماجستير والدكتوراه في البلاد العربية أن أغلب نتائجها كانت نتائجها إيجابية وفعالة في تحسين السلوك المستهدف، ولم يلحظ في أي برنامج من البرنامج المعدّة عدم تحقق الأهداف المرجوة، بالرغم من أن الأدوات والطبيعة المادية لإجراء البرامج لم تكن مضبوطة بشكل جيد، ناهيك عن عدم قدرة معد البرنامج على تشخيص الظاهرة المدروسة، وكذلك القدرة على امتلاك مهارات الإرشاد وفنياته.

وعلى العموم يتألف فريق العمل الإرشادي أو العلاجي من التخصصات التالية:

1- الطبيب النفسي: والطبيب النفسي هو أكثر الأطباء اشتراكاً في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، يحمل إجازة في الطب البشري وثم تخصص في الطب النفسي من كلية الطب ومشافيها، حيث ينظر إلى الاضطراب وأسبابه من الزاوية العضوية وليس من الزاوية الوظيفية، ومن المستحسن أن يكون من العاملين في ميدان العلاج والإرشاد النفسي.

ويتضمن دوره العلاجي في الآتي:

- الإجراءات الطبية الوقائية.
- إجراء الفحص الطبي اللازم لعملية الإرشاد.
- العلاج الجسمي والعلاج باستخدام الأدوية.
- تناول حالات الطوارئ في مراكز الإرشاد والعيادات النفسية.

- التشخيص الطبي النفسي، وذلك من خلال التركيز على شكوى المسترشد والأعراض الظاهرة وغير الظاهرة كما يعبر عنها المسترشد، وفحص تلك الأعراض والدلالات وفقاً لمنهجه الخاص، بهدف الوصول إلى تحديد طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه المسترشد.

- التعاون مع المرشد أو المعالج النفسي في علاج الحالات النفسية الجسمية، كالقرحة المعدية، أو اضطرابات الكلام، أو التبول اللاإرادي.

- اتخاذ الإجراءات الطبية اللازمة في حالات المعوقين فكرياً وبدنياً.

- تقديم الخدمات الطبية المتخصصة الخاصة بضعفاء البصر والسمع، وكذلك المدمنين على المخدرات وغيرها من المشكلات البدنية التي لها علاقة وارتباط بالمشكلات النفسية والانفعالية.

وبالرغم من هذه الاختلافات في عمل كل من المرشد والطبيب النفسي إلاَّ أنَّه لا يمنع من وجود تعاون واهتمام بينهما وخاصة وأنهما يقدمان خدمة نفسية للإنسان الذي يعاني من اضطراب نفسي، والذي يتجلى بما يلي:

أ - يكون التعاون في تشخيص حالات الاضطراب النفسية، كالإدمان على المخدرات والمشاركة في علاج هذه الحالات.

ب - يحدث أحياناً أن ينفذ المرشد برنامجاً من وضع الطبيب النفسي.

ج يحدث أن يأخذ الطبيب النفسي بالنتائج القياسية التي أجراها المرشد للمسترشد.

د - قد يستخدم الطبيب النفسي أساليب علاجية نفسية كالتي يستخدمها المرشد.

هـ وقد يحدث في بعض الأحيان أن يُحوِّل الطبيب المسترشد إلى المرشد النفسي في حالة تأكده من خلال التشخيص أن الاضطراب الذي يعاني منه المسترشد هو اضطراب سلوكي وظيفي ويحتاج إلى دعم نفسي، وبرنامج علاجي نفسي قائم على فنيات العلاج النفسي، وأحياناً أخرى يحيل المرشد إلى الطبيب عندما يدرك أن الاضطراب النفسي عضوي المنشأ أو يحتاج إلى بعض العقاقير المهدئة (الحالات الهيجانية) قبل بدء تطبيق البرنامج العلاجي. ويسهم هؤلاء الأطباء في علاج حالات الإدمان والانحرافات الجنسية، والعلاجات الجراحية للأعراض السلوكية الناجمة عن خلل عضوي في المخ أو علاج الفصام والاضطرابات العقلية)، وتنحصر مهمتهم في فحص المرضى وتشخيص حالتهم ووصف العلاج اللازم لهم، ومتابعة الحالة بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

2ـ المرشد النفسي (السلوكي، المعرفي، العقلي): ويبرز دوره في تشخيص حالات الاضطراب النفسي، وإعداد البرامج الإرشادية والعلاجية وتنفيذها، ومتابعة الحالة، وكذلك للقيام بعمل الاختبارات النفسية والشخصية للمسترشدين ودراسة حالتهم النفسية إلى جانب ضرورة مشاركتهم في إرشاد المسترشد.

3ـ المحلّل النفسي: وهو شخص يحمل شهادة الدكتوراه عادة في الطب، بالإضافة إلى تدريب مكثف على مبادئ وأسس التحليل النفسي، ويلعب دوراً مهماً في تحليل شخصية المسترشد على المستوى اللاشعوري، بهدف التعرف على الدوافع الدفينة والكامنة وراء هذا الاضطراب.

4. الأخصائي الاجتماعي: وهو المهني الحاصل على الإجازة في علم الاجتماع أو معهد الخدمة الاجتماعية)، حيث ينظر إلى الاضطراب النفسي من خلال اضطراب العلاقة بين الفرد والمجتمع. وتنحصر مهمته في وضع بحث مفصل عن حياة المسترشد الاجتماعية والأسرية وعلاقته بأقرانه وبأسرته وبأفراد المجتمع عامة، وسلوكه في الجماعة التي ينتمي إليها. كذلك إبداء الرأي حول مدى ارتباط ما يشكو منه المسترشد بواقع حياته الاجتماعية والأسرية والمهنية، والاتصال مع الجهات المعنية بالمسترشد لجمع المعلومات عنه، وزيارته في مقرعمله أو منزله وذلك لمساعدته على تذليل الصعوبات التي يواجهها في حياته اليومية وحل المشكلات بعد خروجه من المشفى أو بعد انتهائه من البرنامج الإرشادي.

5. أخصائي التأهيل والنشاطات الإرشادية: يسعى هذا الأخصائي لتدريب المسترشدين على النشاطات الإرشادية المناسبة التي تساعدهم على التقليل من الآثار الجسدية الناجمة عن الاضطرابات النفسية، ومشاركته للفريق الإرشادي في الإشراف على المسترشدين الذين يخضعون لهذا الأسلوب من العلاج وخاصة حالات العملاء الذين أجريت لهم عمليات جراحية، تم على أثرها قطع عضو من أعضاء جسدهم.

6. الممرضات النفسيات: وتتميز واجباتهن في تقديم الخدمات النفسية للبرنامج في الآتي: -

أـ تقديم الرعاية التمريضية الشاملة وذلك من خلال إعطاء المسترشدين أو المتعالجين الرعاية الطبية والنفسية المناسبة، وبدون تمييز.

ب ـ المشاركة الفعلية مع الفريق العلاجي في تعليم المسترشد ما يلزمه أو ما يناسبه ليستطيع الاهتمام بنفسه داخل المشفى وخارجها.

ج ـ كتابة التقارير والملاحظات التي تحمل مدلولاً علمياً لها علاقة بحالة المسترشد، وذلك بغية استعانة الطبيب أو المرشد النفسي بها، سواء في التشخيص أو العلاج أو المتابعة.

د ـ أن يكون جلّ اهتمامها بالمريض بوصفه إنساناً وليس بالمسترشد الذي يشكو من المرض. فالمسترشدون يختلفون في أحاسيسهم ومشاعرهم وأفكارهم ودوافعهم الشخصية حتى، وإن كان تشخيص اضطرابهم واحداً.

هـ عدم انتقاد المسترشد أو توجيه إليه أسئلة مباشرة، مع ضرورة إظهار صداقتها واحترامها له.

7ـ معاون صحة نفسية: هو الشخص ليس له متطلبات تعليم رسمي، إلا أنه يحتاج إلى برنامج تدريبي وتوجيهي للمشاركة في تقديم الخدمات الصحية والنفسية تحت إشراف الطبيب أو المرشد النفسي..

ويبدو مما سبق أن العملية الإرشادية تتطلب من المرشد النفسي مجموعة من الخصائص الشخصية المناسبة والمهارات الإنسانية والإعداد اللازم على المستوى النظري والتطبيقي من أجل تقديم المساعدة الفعالة للأفراد المحتاجين إليها. ولا يتم هذا العمل ـ في أغلب الحالات ـ بشكل فردي وإنما بتعاون فريق إرشادي متكامل كل له دوره المهم في تقديم المساعدة حسب طبيعة الاضطراب وشدته وأسبابه.

8ـ المسترشدون أو المتعالجون: هم بؤرة ومركز عملية الإرشاد؛ فالبرامج على اختلاف أنواعها وضعت كلها من أجلهم، وعليهم تقع مسؤولية نجاح عملية الإرشاد، لأنهم هم موضوعها، وهم أول مصدر للمعلومات، وهم من يتفاعلون مع فريق العمل الإرشادي وإجراءاتهم، فإذا كان التفاعل إيجابياً بينهم وبين فريق العمل الإرشادي فإن النتائج قد تؤول إلى تغير إيجابي في سلوكياتهم وأفكارهم ومشاعرهم. أما إذا كان ثمة مقاومة ورفض من جانبهم للتدخل الإرشادي، فإن البرنامج محكوم عليه بالفشل من بدايته. ومن هنا كان القبول والتفاعل من جانب المسترشد من الشروط الأساسية لنجاح العملية الإرشادية، والتي ينبغي على المرشد أن يحرص عليها من بداية التدخل الإرشادي وحتى الانتهاء منه، وأي خلل في هذا التفاعل قد يؤدي إلى نتائج سلبية.

9ـ مسؤولون آخرون (الإداريون): ودورهم ينحصر في تقديم خدمات متنوعة تتعلق بالأعمال الكتابية اللازمة لتخطيط البرنامج وإعداده وتنفيذه ومتابعته، كذلك العاملون في مجال الحاسوب الذين يقومون بتفريغ البيانات واستخراج نتائجها على الكمبيوتر، إضافة إلى المحاسب المالي وآمر الصرف.

وبناء على ذلك، فإن فريق العمل الإرشادي قد يختلف من برنامج إلى آخر بناء على طبيعة المشكلة التي يعاني منها المسترشد وسنه، وجنسه، والمحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه. ففريق العمل في برامج الإرشاد الفردي يختلف عن فريق العمل في برامج الإرشاد الجماعي، وبرامج الإرشاد التربوي تختلف عن برامج الإرشاد الأسري أو الزواجي، وبرامج التوجيه المهني تختلف عن برامج التوجيه النفسي...إلخ.

ثامناً - تدريب القائمين على تنفيذ البرنامج:

يستخدم في تدريب القائمين على تنفيذ البرنامج الإرشادي وسائل عديدة ومتنوعة، فهناك على سبيل المثال لا الحصر المحاضرات والندوات والمناقشات ونظريات الإرشاد المختلفة. وينبغي أن تقدم هذه الدراسات للمتدربين المداخل التنظيمية ووجهات النظر والمدارس الفكرية للإرشاد، وقد تكون هذه الدراسات على أساس معرفي بدلاً من المستوى العملي، ولكن يمكن تقديم المواد العلمية في هذه الدراسات بطرائق مختلفة؛ منها: الرجوع إلى الكتب والبحوث في هذا المجال، وإلى تسجيلات الحالات العلاجية ومناقشتها، حيث تستخدم لشرح المراحل المختلفة للإرشاد مع مختلف أنواع الحالات، وخير مثال على ذلك البرامج المسجلة التي أعدها كل من: روجرز عن المراحل التي يمر بها العلاج المتمركز حول المسترشد، والعاسمي (1998) حول الفنيات العلاجية المختلفة في مواجهة بعض الاضطرابات النفسية التي يعاني منها الأطفال والراشدين. وللأفلام التعليمية دور مهم في هذا المجال، ويقترح أن يقوم الدارسون بالاشتراك في العلاج سواء أكان ذلك فردياً أو جماعياً.

وقبل أن يقوم المرشد النفسي بوضع خطة علاجية للشخص الذي يعاني من مشكلة ما، عليه أن يتقن فنيات الإرشاد، وأن يتدرب على هذه الفنيات ويعرف كيف يطبقها أو يتعامل معها. وقد أشار "ريني" (Rainy، 1950) إلى أنه " من الخطر أن نترك أخصائياً في شؤون الأفراد سائباً في المجتمع دون أن يكتسب خبرة تحت الإشراف كما هو الحال بالنسبة إلى متعلم الطب قبل أن ينهي تدريبه العملي تحت إشراف أساتذته" (باترسون: 146، 1990).

وقد أشارت مجموعة عمل هيئة الصحة العالمية إلى أن أسلوب التدريب داخل نطاق العمل لم يعد يمثل الإعداد الملائم، وأن الأخصائيين النفسيين في مختلف البلاد ينبغي أن يتلقوا تدريباً مهنياً سليماً، وأن يقدم في شكل مقررات دراسية.

تاسعاً - تمويل البرنامج:

يتم في العادة في معاهد البحث العلمي في مجال بناء البرامج الإرشادية أن تقوم جهة أوجهات عديدة بتوفير الدعم المادي للبرنامج من حيث الإعداد، والأدوات والفنيات ووسائل المساعدة، ووسائل النقل، وأجور العاملين وغيرها من متطلبات نجاح البرامج، لأن بناء البرامج الإرشادية وتطبيقها ليس بالأمر الهين كما يظن بعض الدارسين لعلم الصحة النفسية، بل يحتاج إلى تمويل مالي ومادي ضخم يتجاوز الملايين، وبعضها لا يحتاج لمثل هذه المبالغ الكبيرة. ورغم ذلك، فهي بحاجة إلى تمويل من جهة ما، سواء أكانت رسمية كوزارة من الوزارات أم جمعية من الجمعيات الأهلية. فخذ على سبيل المثال البرنامج الإرشادي الذي قام به "روجرز" لتطوير شركة الكهرباء الغربية في الولايات المتحدة الأمريكية تطلب تنفيذه (500) ألف دولار وذلك في سنة (1960).

وعموماً، فالبرامج الإرشادية تحتاج إلى تمويل مادي لتعطي النتائج المطلوبة منها، وتختلف تلك التكاليف من برنامج إلى آخر؛ فبرامج التوجيه التربوي أو المهني التي تطبق في منطقة تعليمية ما على سبيل المثال تحتاج إلى تمويل بسيط بالمقارنة مع البرامج التي تطبق على قطاعات تعليمية واسعة، وكذلك البرامج الإرشادية والعلاجية التي تطبق على فئات صغيرة لا تحتاج إلى تمويل كبير مقارنة أثناء تطبيقها على مجتمع واسع. ويقاس ذلك على جميع البرامج سواء كان تطبيقها فردياً أو جماعياً، توجيهياً أو إرشادياً أو علاجياً، كل ذلك يحتاج إلى تمويل مادي يختلف باختلاف طبيعة البرنامج المستخدم، والمشكلة التي يواجهها، والعينة التي يتعامل معها، والأدوات التي يستخدمها، والقائمين على تنفيذه.

عاشراً- أساليب تقديم المساعدة الإرشادية:

هنالك العديد من الأساليب في تقديم الخدمات الإرشادية للأفراد المحتاجين إلى المساعدة، التي يجب أن يشير إليها البرنامج عند بنائه،ويخبر المرشد المسترشدون عن طبيعة التدخل الإرشادي والأساليب المتبعة لإحداث الأثر المطلوب لديهم. كما يتوقف تقديم الأساليب الإرشادية للمرشد على مجموعة من المحكّات، نذكر أهمها:

1. **خصائص المرشد وتفضيلاته:** لكل مرشد تفضيلات في الطرق التي يمكن أن يستخدمها كما أن هناك قيوداً أخلاقية تجعله لا يستخدم إلا الطرق التي يجيدها، ومن المفضل ألا يعتمد

المرشد على طريقة أو استراتيجية واحدة. ويوصي "كومبير وكومبير" (1985) بأن يستخدم المرشد مهاراته، ومستوى الارتياح، والقيم بوصفها محكات للحكم على مدى ملائمة الاستراتيجية. كما يوصيان المرشدين ألا يقيدوا أنفسهم بالطرق القديمة، وأن يكونوا منفتحين لاستخدام أساليب مختلفة ولا بأس عند الحاجة من البحث عن التدريب أو الاستشارة.

2ـ الدراسات السابقة: يجب عند اختيار طريقة الإرشاد أن يراجع المرشد الدراسات والبيانات المنشورة حولها؛ فهذه البيانات تطلع المرشد على استخدام هذه الطريقة أو تلك بنجاح ومدى هذا النجاح.

3ـ العوامل البيئية: مثل الوقت، والتكلفة، والتجهيزات، ودور الآخرين ذوي الأهمية، ومدى توافر النتائج المعززة في البيئة الطبيعية للمسترشد.

4ـ طبيعة مشكلة المسترشد: إن اختيار الاستراتيجية يجب أن يبنى على واقع المشكلة، وهذا يتطلب تقديراً شاملاً وتحديداً جيداً للمشكلة، وكذلك معرفة بعض الأساليب الخاصة.

5ـ طبيعة الأهداف النهائية: إن اختيار الاستراتيجيات يتوقف على طبيعة الهدف المحدد وما يمثله هذا الهدف.

6ـ خصائص المسترشد وتفضيلاته: عملية اختيار طريقة الإرشاد هي إجراء مشترك بين المرشد والمسترشد ولا ينبغي للمرشد أن ينفرد بها، ومحاولة المرشد أن يستوفي توقعات المسترشد وتفضيلاته ينتج عنها في الغالب نتائج علاجية إيجابية..

7ـ ملامح التشخيص وأنماطه: هذه الملامح والأنماط الخاصة بالتشخيص تعمل بوصفها قواعد للاختيار، أي اختيار طريقة الإرشاد التي تكون أكثر ملاءمة لشخص معين بمشكلة معينة وتحديد تتابع خطواتها.

من هنا، يجب على المرشد أن يستبعد كل قرار يتخذه فيما يختص بأي محاولة علاجية ملائمة، قبل أن يتعرف تماماً إلى المسترشد ومشكلته، ولو أن هذا هو التصرف يعدّ مثالياً، إلا أنه صعب المنال، ذلك لأن التشخيص يمهد الطريق إلى الإرشاد الملائم. وكل ما هو مطلوب من المرشد هو التفكير الصحيح في الأسلوب العلاجي أو الإرشادي من أول لحظة يصل فيها المسترشد للعيادة أو قبل وصوله، إذا كان لديه معلومات مسبقة عن الحالة في شكلها ومشكلاتها، ومتاعبها، وتاريخ الحالة.

وبناء على ذلك، يمكن إجمال أهم طرائق الإرشاد المستخدمة مع المسترشد في الآتي:

1ـ الإرشاد الفردي Individual Counseling:

تتضمن برامج العلاجِ الفردي مجموعة كبيرة من أنواع العلاج النفسي التي تستهدف كافة المشاكل النفسية وصولاً إلى الاضطرابات النفسية، وتعتمد الدائرة في هذا الصدد على أكثر توجهات العلاج النفسي التي أثبتت فعالياتها عالميا (العلاج الدينامي، والعلاج السلوكي المعرفي، والعلاج العقلاني الانفعالي....) بالإضافة إلى توجهات أخرى من الإرشاد النفسي النابع من توجهات إنسانية.

وثمة مجموعة من الخصائص التي تميز العلاج الفردي حسب نظرية العلاج العقلاني الانفعالي عن غيرها من النظريات العلاجية، وأهم هذه الخصائص مايلي:

1ـ يزود الأسلوب الفردي للعلاج العقلاني الانفعالي العملاء بحالة خاصة قائمة على الثقة المتبادلة بين المعالج والعميل. وهذا يساعد العميل لأن يكون قادراً على إفشاء خصوصياته من دون خوف أو خجل من دون أن يستخدم الآخرين هذه المعلومات لضرره أو أذيته، بمعنى السرية التامة للمعلومات التي يبوح بها العميل للمعالج، والتي لا يمكن أن يفشي أي شي منها لأي أحد مهما كان. فقد يوجد هناك بعض العملاء الذين يعانون من القلق بشكل خاص من الآخرين وخصوصاً إذا استخدم معهم المعالج العقلاني الانفعالي أسلوب العلاج الجماعي، فمن المحتمل أن يتولّد لديهم ردود أفعال اتجاه المعلومات المصرح عنها، ويقودهم بالتالي مثل هذا القلق إلى عدم المشاركة الفعّالة في هذا الأسلوب من العلاج.

وبشكل مماثل، إن العملاء الذين يخافون كشف أسرارهم أمام الآخرين كما في العلاج الثنائي (الزوجي)، يفُضل معالجتهم بالأسلوب الفردي، وقد يتم أحياناً الانتقال بالعملاء من أسلوب العلاج الفردي إلى أسلوب آخر، وذلك عندما يظهرون الرغبة في إفشاء خصوصياتهم أمام الآخرين.

2ـ يعمل العلاج الفردي ـ بطبيعته الثنائية ـ على تقديم الفرصة لإقامة علاقة مغلقة بين المعالج والعميل غير قابلة للإنهاء أو التوقف عند دخول أعضاء جدد (معالج مساعد أو عملاء آخرون). وتعد هذه الصفة هامة في علاج بعض العملاء غير القادرين على إقامة علاقات وثيقة مع أناس هامين بالنسبة لهم في حياتهم من جهة، وشعورهم بتهديد استقلاليتهم عند دخولهم في جلسات العلاج الجماعي من جهة أخرى.

3. يمكن بواسطة العلاج الفردي مراعاة الفروق بين العملاء (حسب قدرة كل عميل على التعلم)، وهكذا يمكن أن يناسب الوضع الحالي للعميل، وسرعة تعلمه. لكن يتطلب انتباه كامل من قبل المعالج. حيث يعد هذا هاماً بالنسبة للعملاء الذين يشعرون بالاضطراب عند تعرضهم لتفاعلات معقدة في الأشكال الأخرى للعلاج.

4. تظهر دلالة وأهمية العلاج الفردي في العلاج العقلاني الانفعالي (RET) عندما تتضمن المشكلات الأساسية للعملاء علاقتهم مع أنفسهم أكثر من علاقتهم مع الآخرين.

5. قد تظهر دلالة العلاج الفردي بالنسبة للعملاء الذين يرغبون تمييز أنفسهم عن الآخرين، وخصوصاً أولئك الذين قرروا ترك العلاقة الجماعية وفضلوا التعامل مع المشكلات الفردية. في هذه الحالة، يمكن إجراء جلسات مشتركة مع الشريك، لما لها من فائدة، خاصة في أمور التوافق والرضا عن الذات.

6. إن فائدة تنويع المعالجين لأساليبهم العلاجية مع العملاء بهدف خفض أو حل المشكلات التي يعانون منها، وذلك عن طريق تقديم أسلوب تفاعلي غير مناسب يقدم فرصة مناسبة لبعض العملاء الذين يفضلون الأسلوب الفردي في العلاج عن غيره. حيث يقدم هذا الأسلوب في العلاج العقلاني الانفعالي للمعالجين الفرصة كي يتوعوا في استخدام أساليبهم التفاعلية مع العملاء، من دون أن يؤثر هذا التنويع بشكل معاكس على وجود عملاء آخرين، كما هو الحال في الأشكال العلاجية الأخرى.

7. تظهر دلالة العلاج الفردي بشكل خاص مع العملاء الذين يعانون من مشكلات نفسية شديدة عند مشاركة عملاء آخرين في البرنامج العلاجي.

8. قد يكون هناك أسباباً سلبية تدعو إلى استخدام العلاج الفردي. فقد يكون العملاء الذين قصدوا العلاج الفردي تم علاجهم في السابق عن معالجين آخرين استخدموا معهم أساليب أخرى من العلاج لم تحقق لهم أي فائدة مرجوة.

مثال ذلك: فقد يلجأ بعض العملاء إلى الانسحاب والتراجع أثناء العلاج الجماعي، أو يظهرون كرهاً شديداً للاستفادة من العلاج العائلي، وكلا النموذجين من العملاء يرغبون بالعلاج الفردي بدلاً من العلاج الجماعي أو أي نوع آخر من العلاج.

أما الخدمات التي يقدمها الإرشاد الفردي فيمكن إجمالها في الآتي:

1) **خدمات برنامج العلاج الفردي:** استمارات المعلومات الأولية، ومجموعة من الاختبارات النفسية. حيث يقوم البرنامج بعد استقبال المسترشدين، بعمل قياس أولي لتحديد طبيعة المشكلة وتشخيصها، ووضع التوصيات المناسبة لطريقة التدخل.

2) **الإرشاد والعلاج الفردي:** حسب طبيعة المشكلة أو الاضطراب النفسي، ويندرج تحت هذه الخدمة مجموعة من أنواع الإرشاد:

أ- العلاج الفردي: جلسات فردية وجهه لوجه للشخص المعني بالمشكلة، بواقع جلسة أسبوعية لمدة (50) دقيقة، تتفاوت مدته حسب حاجات المسترشد وطبيعة مشكلته، ويتفاوت نوعه حسب التوجهات النظرية والعلمية للمرشد النفسي.

ب- **العلاج الزوجي:** جلسات مع الزوجين، بواقع جلسة أسبوعية لمدة ساعة. ويركز على مساعدة الأزواج الذين يعانون من مشاكل في العلاقات الزوجية، وكيفية التعامل مع هذه المشكلات والتكيف مع الأوضاع الضاغطة واكتساب مهارات عيش مشترك، وفهم أفضل لطبيعة العلاقات الزوجية وكيفية إداراتها.

ج- **العلاج الأسري:** يركز العلاج الأسري عادة على الأوضاع والمشكلات النفسية الناجمة من العلاقات الأسرية، ولصعوبات التي تواجه الآباء والأبناء والعلاقة بين أفراد الأسرة الواحدة، وعادة ما تتضمن الجلسة كافة أفراد الأسرة، وتركز على طبيعة المشاكل الناجمة عن الأدوار والعلاقات والتوجهات داخل الأسرة، ويلعب موضوع الاتصال الأسري دور مهما في إدارة عملية العلاج.

د- العلاج الثنائي: يركز هذا النوع من العلاج على العلاقة الثنائية بين الأبوين وأحد الأبناء، حيث يتم العمل من خلاله على تحسين وتطوير العلاقة بين الطفل ووالديه، بواقع جلسة أسبوعية لمدة (50) دقيقة، ويتبع نظام جلسات مدور، جلسة أب مع الطفل، جلسة الأم مع طفل، جلسة للأب والأم معاً، وهكذا.

3) **الاستشارات النفسية:** حسب طبيعة المشكلة أو الاضطراب النفسي وشدته والتي يعاني منها المسترشد أو المسترشد.

أما عند الحديث عن سلبيات العلاج الفردي، فيمكن النظر إليها من وجهة إليس، وهي:

1ـ قد يقود العلاج الفردي بعض العملاء إلى الاعتماد على المعالج إلى حد كبير، وقد تقود هذه الاتكالية الشديدة العميل إلى التخلي التدريجي عن العلاج. ويمكن تلافي هذه السلبية بمساعدة العميل بالعلاج الجماعي، حيث تقل اتكاليته الكبيرة على المعالج بسبب وجود أكثر من شخص ضمن المجموعة العلاجية.

2ـ يبدو أحياناً أن الأسلوب الفردي للعلاج العقلاني الانفعالي غير مؤيد لإقامة علاقة وثيقة بين المعالج والعميل، إلا أن المواجهة المغلقة بينهما تقود لإقامة علاقة يسودها التعاطف والود والذي قد يعتبرها العميل تهديداً مفرطاً لشخصيته.

3ـ قد تظهر سلبية العلاج الفردي بالنسبة للعملاء الذين يجدون هذا الأسلوب من العلاج مريحاً جداً، اعتماداً على فكرة أن التغيير الشخصي يصبح أسهل في الحالات التي يوجد فيها مستويات حث وإثارة نحو الأفضل، العلاج الفردية لا يقدم فرصاً للتحدي والإثارة أمام العملاء. فقد وجد Ravid، 1969 أنه يمكن للعلاج الفردي أن يكون غير فعال مع العملاء الذين خضعوا إلى جلسات علاج فردي سابقة، لأنهم في الواقع يحتاجون إلى أشكال أخرى من العلاج.

4ـ قد لا يكون العلاج الفردي مناسباً للعملاء الذين تبدو لهم الأساليب العلاجية الأخرى أكثر نفعاً.

مثال على ذلك:

أـ العملاء الذين يعانون من الخجل، والانسحاب، والخوف من المبادرة، هم على الأرجح سيستفيدون من العلاج الجماعي إذا أقنعوا بمشاركة الآخرين في جلسات العلاج.

ب ـ إن الأزواج (العلاج الزواجي) الذين يستخدمون بفعالية الوضع التشاركي للمعالجة الثنائية، يستفيدون في هذا الشكل من العلاج أكثر من العلاج الفردي القائم على العلاج العقلاني الانفعالي (RET).

ويمكن للكلام السابق أن يثبت صحته، بشكل خاص عندما يستطيع العملاء التغلب على مشاعرهم المضطربة الناتجة عن فشلهم في إقامة علاقة ناجحة، وعندما يتعاملون مع حالات مخصصة لتعزيز الرضا المتبادل بين الطرفين، كحالات تكفل المشاركة التواصلية بينهما.

2ـ الإرشاد الجماعي Group Counseling:

يعدُ الإرشاد الجماعي بأنه أسلوب إرشادي يتم في أثنائه استخدام تفاعل المجموعة المستفيدة إرشادياً، وذلك لتيسير فهم الذات، وحدوث التغيير المأمول في سلوك كل عضو في

الجماعة، وتحقيق النمو لدى كل عضو، وذلك باشتراك أعضاء المجموعة مع بعضهم البعض، وحدوث التفاعل بينهم، ووصوله إلى درجة فعالة يتحقق معها نجاح العمل الإرشادي (جمل الليل: 2001، 12).

هذا، وتتعدد أنواع الجماعات الإرشادية، فهناك جماعة النمو، وجماعة التدريب، وجماعة المواجهة، والجماعة المساندة، والجماعة البنائية، وجماعة الاعتماد على الذات، وجماعة الإرشاد والعلاج النفسي. وفي ضوء كل جماعة يتحدد البرنامج المناسب لها، فقد يكون نمائياً أو تدريبيا أو علاجياً. كما يختلف مفهوم العلاج الجماعي عن العلاج الفردي، في كون العلاج الجماعي علاج موجه لمجموعة من الأشخاص يعانون من مشكلة أو اضطراب نفسي واحد أو يشتركون في اهتمامهم بموضوع معين، كما أن هذا النوع من العلاج يوفر جو من المؤازرة والدعم للشخص الذي يعاني من مشكلة ما أو اضطراب نفسي معين، من خلال الانخراط مع مجموعة من الأشخاص الذين يواجهون نفس المشكلة. وعادة ما يعمل بالإضافة لعلاج المشكلة على العلاقات بين الأفراد وإكسابهم مهارات أساسية في التكيف مع الأوضاع الضاغطة والاتصال فيما بينهم. وكما هو الحال في العلاجات النفسية الجماعية، فإن اختيار جماعة محددة ربما يكون من أهم القرارات التي يتخذها المرشد عند استخدام أسلوبه العلاجي، ومن ثم عليه أن يراعي مجموعة من العوامل، أهمها: 1- أن تكون المجموعة العلاجية متوازنة ومتكافئة من حيث الجنس والعمر.

2- شدة وحدة المعاناة لدى الفرد نتيجة لاضطراب معين.

3- أن يتوحد كل عضو بعضو آخر من ضمن الجماعة، ويتشابه معه في العديد من الأفكار والسلوكيات والمشاعر.

4- استبعاد الأفراد الذين يمكن أن يقوموا بتصرف سلبي داخل المجموعة العلاجية من الجماعة العلاجية، كالسلوك العدواني على سبيل المثال.

هذا، وتتنوع أساليب الإرشاد النفسي الجماعي وفق المعايير التالية:

أ- أعضاء الجماعة أو مشكلاتهم النفسية: حيث يتوقف أسلوب الإرشاد على مدى تشابه أو اختلاف أعضاء الجماعة الإرشادية في مشكلاتهم النفسية، والجنس، والسن، والمستوى الاجتماعي والاقتصادي.

ب ـ **طريقة تشكيل الجماعة الإرشادية:** حيث يتوقف أسلوب الإرشاد على تشكيل الإرشاد الجماعي بطريقة عشوائية، أو إتباع القواعد والأصول السوسيومترية.

ج ـ **مدى التركيز على شخص المرشد:** حيث يتوقف أسلوب الإرشاد على التركيز على الجماعة نفسها، والنظر إليها بوصفها كلاً متفاعلاً، وإلى كل عضو فيها على أنه مؤثر في إرشاد الآخرين، أو التركيز على العلاقة الإرشادية بين المرشد وبين كل مسترشد على حدة.

د. **نوع النظرية التي يتبعها المرشد:** حيث يتوقف أسلوب الإرشاد على الاعتقاد بصفات الجماعة وديناميتها والقوى الفعالة فيها، أو الالتزام بأصول الإرشاد الفردي أكثر من الاهتمام بما للجماعة من خصائص علاجية مميزة.

هـ **المكان الذي يمارس فيه الإرشاد:** حيث يتوقف أسلوب الإرشاد وممارسته على المسترشد، وعلى المكان الذي يعمل فيه سواء أكان ذلك في مؤسسة إرشادية أو في مؤسسة علاجية كمستشفى الأمراض النفسية على سبيل المثال.

إن الأهداف الأساسية لأفراد المجموعات الصغيرة في العلاج العقلاني هي:

1- **إدراك أساس مشكلاتهم الانفعالية والسلوكية**، والإفادة من هذا الإدراك في التغلب على الأعراض الحالية والعمل بشكلٍ أفضل فيما يتعلق بالمسائل الشخصية.

2- إدراك واستيعاب صعوبات الأفراد في المجموعات الأخرى والعمل على مساعدتهم بصيغة علاجية.

3- **اختزال حدة الاضطراب الذي يعانون فيه**، بحيث يستطيعون الشعور والتصرف بشكل ملائم بقية حياتهم، وذلك مقارنةً بالفترة الأولى التي انضموا فيها إلى علاج المجموعات.

4- **ألا يقتصر إنجازهم العلاجي على التغيّر السلوكي فقط**، بل يتعدى ذلك إلى التغيّر الفكري، بما في ذلك قبول الحقيقة الصعبة، والتخلي عن الأفكار الخيالية الهادمة للذات، والتوقف عن اعتبار مواقف الحياة المحبطة على أنها مريعة وكارثة، وتحمل المسؤولية اتّجاه صعوباتهم الانفعالية، وبدلاً من ذلك، العمل على القبول غير المشروط للذات وعلى أن الإنسان غير معصوم عن الوقوع في الخطأ.

في العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي، لا يوضّح المعالج للعملاء بشكل مباشر أنهم المسؤولون عن إحداث مشكلاتهم الانفعالية بما يحملونه من أفكار ومعتقدات غير عقلانية. بل يعمل على مساعدتهم وتشجيعهم على مواجهة تلك الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية ويدحضها

(ينبغي، يجب، من المفروض)، ويساعدهم أيضاً على التخلص من دكتاتوريتهم وميلهم نحو الكمال.

أما فيما يتعلق بالبرامج الإرشادية الجماعية التي تستخدم غالباً لمعالجة بعض المشكلات الانفعالية والاجتماعية لدى بعض المسترشدين المتشابهين في مشكلاتهم، فتتمثل في الإجراءات التالية:

- الإعداد للبرنامج الإرشادي: ويتضمن تحديد الهيكل العام للبرنامج على النحو الآتي:

أ- تحديد مكان الإرشاد.

ب - تحديد وسائل القياس المناسبة،

ج - تحديد سمات أفراد المجموعة الإرشادية التي يطبق عليها البرنامج، من حسب العمر، وتشابه المشكلة، ورغبة المسترشد في الدخول في المجموعة الإرشادية أو العلاجية.

د - تحديد الأرضية النظرية للبرنامج والفنيات الإرشادية المستخدمة.

هـ الفترة الزمنية لتطبيق البرنامج والمدة الفاصلة بين جلسة وأخرى.

ح - تحديد الأهداف العامة للبرنامج.

ط - تحديد الأهداف الفرعية لكل جلسة من جلسات البرنامج الإرشادي على أن تكون تلك الأهداف قابلة للقياس المرحلي والنهائي (أي بعد نهاية البرنامج).

ك - تنفيذ الجلسات الإرشادية. تقييم قدرة البرنامج على إحداث التغير العلاجي المطلوب لدى أفراد المجموعة.

ل - المتابعة: وذلك بهدف ضمان استمرار التحسن لدى أفراد المجموعة الإرشادية فإذا كانت ثمة حالة من الحالات في المجموعة الإرشادية بحاجة إلى دعم نفسي إضافي، فعلى المرشد أن يقدم مجموعة من الجلسات الفردية لتلك الحالة.

لذلك، يمكن القول إن الإرشاد الجماعي قد يكون مفيداً للطلاب الذين يحتاجون إلى معلومات جديدة أو إضافية في تخطيط أهداف حياتهم، والذين قد يحتاجون إلى المساعدة في دمج التعلم الجديد بأنماط السلوك، أو الذين قد يرغبون في تقييم أكثر موضوعية عن أنفسهم باعتبارها منهجاً ونقطة اتخاذ القرار المهم في حياتهم.

3- الإرشاد النفسي المباشر Directive Counseling:

يقوم هذا اللون من الإرشاد على مجموعة من الخطوات، أهمها مايلي:

- جمع المعلومات اللازمة عن المسترشد ومشكلته.

- تحليل هذه المعلومات لتصبح مشكلة المسترشد أكثر وضوحاً لديه، وفي هذه الخطوة يستخدم المرشد النفسي الاختبارات والمقاييس النفسية وغيرها من وسائل التشخيص.

- تلخيص البيانات والمعلومات التي تم جمعها بالوسائل المختلفة.

- تشخيص مشكلة المسترشد بشكل دقيق.

- التنبؤ بمشكلة المسترشد بشكل دقيق وتحديد أعراضها وأسبابها.

- متابعة المرشد للمسترشد لمعرفة مدى تحسنه وقدرته على العودة إلى الحياة السوية وتعويده حل مشكلاته بنفسه في المستقبل.

- التنبؤ بمآل المشكلة في ضوء شدتها أو صعوبة حلها.

- استخدام أسلوب الإرشاد الفردي المباشر للوصول إلى حل مشكلة المسترشد، ويتم ذلك بتفسير المعلومات التي جمعها المرشد عن المسترشد وتحويل السلوك الانفعالي عنده إلى سلوك عقلي منطقي، وتقديم النصح واقتراح الحلول المناسبة للمشكلة، وإقناعه بهذه الحلول للتخلص من مشكلته.

ويؤخذ على هذا الاتجاه أنه يتوجب دائماً على المرشد تقديم الحلول الجاهزة للمسترشد، كما أن في الإرشاد المباشر نوعاً من السلطة يمارسها المرشد على المسترشد أثناء تقديم النصح والحلول لمشكلته.

ويركز هذا النوع من الإرشاد على مشكلة المسترشد دون الاهتمام بالمرشد نفسه، كما يتعامل مع الجانب العقلي للمشكلة وليس الانفعالي، ولهذا سمي "بالإرشاد المتمركز حول المرشد" ورائده "وليامسون". كما يستند هذا الاتجاه إلى نظرية السمات والعوامل التي تعدٍّ الأساس النظري الذي يقوم عليه. وتتركز مهمة المرشد هنا في تشخيص حالة المسترشد وتفسير المعلومات له، وكذلك إثارة دوافعه وتوجيهها نحو السلوك المطلوب. فالمرشد يتصرف أثناء الجلسة الإرشادية بصورة تسلطية غير مهتم بمشاعر المسترشد الذي يقتصر دوره على الاستماع وتلقي المعلومات. لذلك تستخدم الاختبارات والمقاييس النفسية بكثرة أثناء عملية التشخيص وتحديد المشكلة.

4-الإرشاد النفسي غير المباشر : Non Directive Counseling

وهو الإرشاد المتمركز حول المسترشد ، وهو أقرب طرق الإرشاد النفسي إلى العلاج النفسي. وصاحب هذه الطريقة "كارل روجرز"Rogers الذي حدده بالهدف الرئيس من خلال مساعدة المسترشد على النمو النفسي السوي والتطابق بين مفهوم الذات الواقعي، ومفهوم الذات المدرك، ومفهوم الذات الاجتماعي.

ويحدد روجرز شروط الإرشاد غير المباشر دون غيره من أشكال الإرشاد ، في الآتي :

أ. أن تكون العوامل المكونة لحياة المسترشد وموقفه من التوافق متعارضة بحيث لا يمكنه أن يتوافق مهما استطاع التبصر بحقيقة نفسه أو يغير سلوكه إلاً إذا تغيرت ظروف البيئة.

ب - أن يكون المسترشد غير قابل للاستشارة أو العلاج بحيث يمكن إيجاد الظروف أو الوصول إلى الجهود التي يستطيع المرشد بها الكشف عن وسيلة يمكن بها أن يعبر المسترشد عن مشاعره ومتاعبه.

ج - أن النجاح في الإرشاد يتم بتغيير للبيئة بطريقة أبسط وأيسر ،بدلاً من محاولة الإرشاد المباشر. وهذه الظروف تسود غالباً عندما تكون المشكلة هي التي سببت الموقف المشكل بيئية تماماً.

د - أن يكون المسترشد من كبيري السن أو عديمي الاستقرار وذكاؤه في حدود المتوسط، وأكثر طلاقة من الناحية اللفظية، بحيث لا يصلح الإرشاد النفسي المباشر معه، ويصبح الإرشاد غير المباشر هو الأسلوب الوحيد والأسلم بحيث يتناول البيئة بالتغيير (روجرز : 1975، 41).

ويوجه المرشد هنا، اهتمامه نحو المسترشد بوصفه فرداً أكثر من توجيه اهتمامه إلى المشكلات التي جاء من أجلها ، ولتحقيق هذه الغاية فهو يساعده على أن يتحدث بحرية عن الأشياء التي تؤلمه، ويحاول أن يكشف الشعور الحقيقي له، وذلك عن طريق ما يصدر منه من كلام أو فعل.

فالمرشد الذي يتبنى الإرشاد غير المباشر يكرس اهتمامه ويركز على ذلك المسترشد خلال جلسة الإرشاد ، ويحاول أن يخرج من عالمه الخاص إلى عالم المسترشد ، وينسى مشاكله، ويعيش مع مشاكل المسترشد ، وكأنه يحاول أن يجعل من نفسه نفساً ثانية للمسترشد ، ويفهم اتجاهه وقيمه ومدى تأثير ذلك على هذه المشكلات، ولا يحاول بذلك أن يؤثر في اختيار المسترشد ولا أن يقدم له النصائح ، ولا يحمله على أن يعرف أو يعوق فكرة معينة أو اتجاهاً معيناً . ويكاد

ينحصر عمل المرشد هنا خلال جلسة الإرشاد في ترك المسترشد الحرية في التعبير عن مشكلاته، ويسعى إلى التحرر من انفعالاته، وبذلك يتخلص من القوى الانفعالية الداخلية التي تعوقه وتمنعه من استخدام ما لديه من إمكانيات. وخير مثال على ذلك ما قاله المسيح عليه السلام: "لا تنظروا إلى أصحاب الخطايا والذنوب وكأنكم أرباب، ولكن انظروا إليهم وأنتم عبيد".

5ـ الأسلوب التوافقي في الإرشاد:

الأسلوب الاختياري أو التوافقي يعتمد على الأسلوبين السابقين (المباشر وغير المباشر). فالمرشد يحاول أن يختار من الأسلوبين نظرة وفلسفة تختلف عن الآخر، ولذا فإن هناك معارضة قوية لهذا الأسلوب، وتعتمد هذه المعارضة على أنه يمكن اختيار أحد الأسلوبين السابقين، فإن المرشد لا يستطيع أن يلاءم أو يعدّل أو يحوّر في أي منهما ليكون أسلوباً جديداً يلاءم تلميذاً خاصاً أو مشكلة خاصة، وذلك لأن ما يعتقده المرشد المباشر أو غير المباشر وما يسيطر عليه من قيم واتجاهات معينة تحدد نوع الأسلوب الذي ينبغي أن يسير عليه.

حادي عشر ـ الفنيات الإرشادية المستخدمة في البرنامج:

ينبغي أن يذكر القائم ببناء البرامج الإرشادية الفنيات التي يستخدمها أثناء تطبيق البرنامج، لأن ذلك يساعد كلاً من المرشد والمسترشد التعرف إلى الأثر الذي يحدثه هذا الأسلوب أو ذاك في سلوك المسترشد من حيث خفض الاضطرابات الانفعالية أو المشكلات السلوكية التي يعاني منها بعد الانتهاء من تطبيقه، فقد يستخدم المرشد "فنية تنمية المهارات الاجتماعية" للحالات التي تعاني من العزلة الاجتماعية أو القلق الاجتماعي، وقد يستخدم فنية "التحصين التدريجي" أو "فنية الغمر"، أو فنية "العلاج باللعب"، أو" فنية السيكودراما"...إلخ.

لكن الحديث عن هذه الفنيات أو الطرائق الإرشادية يتطلب الإشارة إلى بعض المعايير التي يجب الالتزام بها عند اختيار طريقة دون غيرها ،وأهمها ما يلي:

1ـ المعايير الخاصة بإجراءات الاختيار، وتتضمن:ـ

أ ـ أن يتم الاختيار في ضوء طبيعة المشكلة والأهداف الخاصة المطلوب تحقيقها.

ب ـ خصائص المسترشد النفسية والعقلية، وذلك حتى يمكن من خلالها معرفة إمكانية تنفيذ الفنية والصعوبات التي تواجهه.

ج - الشخص القائم بعملية تنفيذ الإجراءات أو الفنيات الإرشادية، هل هو المرشد، الوالدين، المعلم.. إلخ.

د - النظر إلى التكلفة المادية والتجهيزات والوسائل والوقت المخصص لتطبيق الفنية.

هـ قبول المسترشد ورغبته في استخدام هذه الفنية أو تلك.

و- الخبرة العلمية والعملية لدى المرشد.

2- معايير تتعلق بالخصائص الفنية أو الطريقة الإرشادية، وتتضمن :-

أ - سهولة تطبيقها على العينة المستهدفة.

ب - مناسبة قدرات المسترشد النفسية والعقلية والحركية.

ج - أن تكون تعزيزية وداعمة لسلوك المسترشد وليست عقابية وتسمح له بتنمية مهاراته وخبراته

د - أن تكون قائمة على نظرية ما من نظريات الإرشاد النفسي؛ حتى يتم التأكد من فاعليتها وقياس الأثر الذي تحدثه في سلوك المسترشد (سعيفان : 2001،206).

ومن الطرائق (الفنيات) المستخدمة في برامج الإرشاد النفسي:

الاشتراط التنفيري Aversive Conditioning : ويتم ذلك عن طريق إنقاص أو إنهاء السلوك غير المرغوب فيه لدى المسترشد عن طريق ارتباط شرطي منفر بانتظام مع الاشتراط المتعلم الذي يراد التنفير منه وتجنبه - ففي حالة الإدمان يستخدم عقار يسبب القيء.

الممارسة الإيجابية (الإثابة) Positive Practice : ويتمثل هذا الأسلوب بمكافأة المسترشد عندما يقوم بالسلوك السوي المقبول بما يقويه ويعززه ويثبته. وهذه المكافأة تؤدي بدورها إلى ميل المسترشد لتكرار نفس السلوك السوي عندما يتكرر الموقف المطلوب وأنواع الإثابة حسب شخصية المسترشد وعمره الزمني وطموحاته، مثل تقديم الحلوى للطفل أو شراء هدية مناسبة أو المديح أو الاحترام أو إعطاء إجازة أو منح نقود أو نيل تقديرات عالية من الدرجات الدراسية وغيرها.

الممارسة السلبية Negative Practice : ويتم ذلك عندما تقوم (خبرة منفرة) وذلك باقتران السلوك غير المرغوب بمثير غير سار في أثناء ذلك السلوك، ثم يتم إزالة المثير غير السار مباشرة عند حدوث السلوك السوي. ولنضرب لذلك مثلاً : مص الإصبع لطفل كبير حيث

يقوم الطفل بمشاهدة فيلم تلفزيوني محبب إليه، ويظل العرض متواصلاً مادام لا يمص الطفل أصابعه، فإذا بدأ بالمص (وهو سلوك غير مرغوب) توقف عرض الشريط (وهو خبرة منفرة) عقوبة، فإذا توقف عن المص يعود مباشرة عرض الشريط، ومع التكرار يتغير السلوك غير السوي لدى الطفل إلى سلوك سوي، ويستخدم أحياناً في معالجة بعض حالات من (اللزمات) الجسمية الحركية مثل هز الكتف أو حركات الوجه أو حك الصدر أو الرقبة مثلاً، وذلك بجعل المسترشد يسمع موسيقى محببة إليه أو يشاهد مسلسلاً مفضلاً لديه (وهذا ثواب محبب) مادام يجلس عادياً، فإذا بدأ بحركته التي يريد التخلص منها توقفت الموسيقى أو المسلسل التلفزيوني، ويسمع بدلاً منه ضوضاء صاخبة (وهذا عقاب)، أي خبرة منفرة. فإذا توقف المسترشد عن حركته غير السوية توقفت الضوضاء وعادت الموسيقى أو المسلسل المفضل لديه، وهكذا يتم التكرار بجلسات إرشادية متفرقة حتى يختفي ذلك الشكل من الحركة غير السوية.

الكف المتبادل Reciprocal Inhibition: يتم هذا الأسلوب بين نمطين من السلوك مترابطين بشكل غير مقبول ويكون (الكف المتبادل) بفك الاتصال وإحلال سلوك محلهما ويتم ذلك عموماً مع الأطفال وخصوصاً علاج مشكلة (البوال) مع طفل يكون مستغرقاً في نومه ليلاً ويبول على نفسه، أي أن ترابط النوم بالتبادل، ويكون السلوك السوي عندما يستيقظ الطفل من نومه ليبول.

التعرض للمواقف المثيرة للقلق Exbosure: والهدف منها التأثير في الأعراض السلبية للقلق بإطفائها، وذلك بمواجهة المثيرات من ناحية ومواجهة سلوك التجنب الذي هو معزز للقلق من ناحية أخرى. وتختلف طريقة التعرض باختلاف مكان المواجهة واختلاف أسلوب المواجهة من حيث المواجهة المباشرة أو المواجهة بالتخيل.

خفض الحساسية المنظم Systematic Desensitization: هو نوع من اكتساب المناعة للتخلص من الحساسية الانفعالية المفرطة مثل (الخوف)، أي الخوف الشديد من أمر أو شيء يثير السلوك المضطرب وذلك بتكرار تدريجي لهذا المثير المخيف بدرجات مخففة حتى تضعف الاستجابة السلوكية غير السوية. وتتم الطريقة بمعرفة مخاوف المسترشد ووضعها متدرجة تصاعدياً ثم حين المقابلة والجلسات تعرض عليه شرائط ولوحات صوتية حركية تتضمن صوراً لمثيرات الخوف لديه بدرجة مخففة ويكون المسترشد جالساً بحالة استرخاء على كرسي مريح خاص وتتصل بجسمه أسلاك تسجيل البيانات العضوية الوظيفية عن النبض والتنفس،

ويبدأ العلاج بعرض مثير الخوف بدرجة خفيفة، والمسترشد يرى ما يشاهد ويسمع من المرشد حديثاً يشرح له أن المثير بسيط وعادي وغير مخيف، ويتم تسجيل حركات القلب والتنفس. كما أن المسترشد لديه زر كهربائي يضغط عليه إذا أحس بالخوف وبتكرار هذه الطريقة مرات متفرقة.

تشكيل الاستجابة Response Shopping: ويقصد به تقديم مثير يلي إصدار استجابات مرغوبة بطريقة متتابعة، ويتضمن ذلك تقسيم السلوك المراد تعلمه إلى خطوات ومراحل صغيرة، وتدعيم السلوك كلما أنجز خطوة من هذه الخطوات التي تؤدي إلى تحقيق أداء السلوك بكامله في النهاية. ويستخدم هذا الأسلوب العلاجي في المقابلات الأخيرة بقصد تحديد السلوك النهائي المرغوب الوصول إليه.

تقديم نموذج للاقتداء Model presentation: وفي هذا التكنيك يتم عرض نماذج حقيقية أو رمزية للسلوك المطلوب، ويطلق عليه التعلم الاجتماعي عن طريق التقليد، ويتم من خلال ذلك ملاحظة النماذج والتدريب على تأكيد الذات ولعب الأدوار. ويتوقف هذا الأسلوب على وجود نموذج يمكن أن يؤدي الدور المراد تعلمه بإتقان وبصورة مسلسلة تؤدي إلى كشف خطوات تأديته أداء السلوك. ويتم ذلك عن طريق أربع عمليات: هي:

أ ـ الانتباه Attention إلى خصائص السلوك المرغوب.

ب ـ الاستيعاب والتذكر Retention عن طريق التكرار والتدريب على السلوك المعروض.

ج ـ إعادة القيام التلقائي للسلوك Motric Reproductionعن طريق مساعدة المسترشد لتقليد النموذج بشكل لفظي أو رمزي أو تمثيلي في مواقف الحياة الفعلية والواقعية.

د ـ التدعيم Reinforcement: وهذا المؤثر الذي يساعد المسترشد على ممارسة السلوك المطلوب يطلق عليه "العملية الواقعية" (Motivation Process).

وضع القواعد والحدود Rulemaking: ويقصد به وضع قاعدة معينة يكون المطلوب أن يتم السلوك وفقا لها ويتم تحديد التدعيم المتوقع عند تنفيذ السلوك المطلوب، واستخدام أسلوب العقاب عند مخالفته للقواعد الموضوعة. ويتضمن ذلك مساعدة المسترشد للدخول في علاقات اجتماعية تمده برصيد هائل من المعلومات والمهارات التي تساعده على القدرة على التوافق، ومن أمثلة هذه المهارات:

أ ـ **مهارات التفاعل**: مثل، مهارات حضورية، واستجابية، وتعبيرية، والتركيز، والمشاركة، وتوجيه التفاعل مع الآخرين.

ب ـ **مهارات جمع المعلومات والتحليل**: مثل، مهارات الوصف والتحليل، ومهارات الاستكشاف وتوجيه الأسئلة وطلب المعلومات، ومهارات التلخيص، مهارات التحليل.

ج ـ **المهارات العملية والتطبيقية**: مثل، مهارات التوجيه، ومهارات توفير المعونة، ومهارات تنشيط الإدارة، ومهارات تقديم النصائح والتوجيهات، ومهارات المواجهة، ومهارات التمرين والتدريب، ومهارات الحوار والمناقشة.

د ـ **التعليمات الشفهية Verbal Instruction**: ويقصد بها التوجيهات والنصائح التي تستخدم أدلة أو مثيرات مميزة؛ ويمكن استخدامها في إحداث التغير المطلوب في السلوك، ويتم الاسترشاد بها تدريجيا من المواقف البسيطة إلى المواقف الأكثر صعوبة للسلوك، ويجب انتقاء الكلام المؤثر في تعديل السلوك المراد الوصول إليه،والذي تتم في المقابلات الأولى مع المسترشد باعتبارها مثيرات مميزة Disciminative Stmuli حيث تبنى على أساس دوافع الاضطراب السلوكي.

الانطفاء Extention: وهو تعلم الكف عن القيام بعمل ما أو إصدار استجابة أو إلغاء التدعيم الذي يلي السلوك، ومنه تجاهل السلوك غير المرغوب، وحين ينخفض معدل السلوك فإن الانطفاء يكون قد حقق تأثيره ويستخدم في حالتين هما:.

1- إذا لم يكف المسترشد عن القيام بعمل من شأنه أن يقلّل من معدّل الاستجابة لتعديل السلوك.

2- إذا استمر المسترشد بفعل نفس السلوك ولم يستجيب للتدعيمات السلبية. يتم تطبيقه مع العملاء لكبح جماحهم بعد أن استخدمت أساليب أخرى لم تحقق الفائدة المرجوة.

الفيض أو الغمر Flooding: هو تقديم المواقف والأشياء المثيرة للخوف للمسترشد بشكل مباشر وصريح. إذا أردنا أن نعلم الطفل السباحة فبدلاً من أن نعلمه أن ينزل إلى الماء تدريجياً، نقوم بوضعه في الماء كلية، وبالرغم من أن هذه التقنية لها نتائج سلبية على حالات كثيرة من المسترشدين، إلاّ أن بعض المرشدين يستخدمونها لدى بعض الحالات.

التدريب على تأكيد الذات Assertiveness: يعني تأكيد الذات بشكل عام حرية التعبير والفعل سواء كان ذلك في الاتجاه الإيجابي، مثل الاستحسان والتقبل وحب الاستطلاع

والاهتمام والود والمشاركة والإعجاب والصداقة أو في الاتجاه السلبي الرفض وعدم التقبل والغضب والحزن والألم والشك والأسى (إبراهيم: 1998، 53).

ويتبين من هذا التعريف أن توكيد الذات يتضمن الجوانب التالية:

- الدفاع عن الحقوق الشخصية المشروعة.
- التصرف وفق مقتضيات الموقف ومتطلبات التفاعل.
- التعبير عن المشاعر والانفعالات بحرية، أي الحرية الانفعالية.
- التصرف من منطلقات القوة في الشخصية وليس من نقاط الضعف.
- تتضمن قدراً من الشجاعة وعدم الخوف في تعبير الفرد عن شعوره الحقيقي.
- التحرر من مشاعر الذنب غير المعقولة أو تأنيب الضمير عند رفض الفرد الموقف.
- القدرة على اتخاذ القرارات المهمة.
- القدرة على تكوين علاقات دافئة والتعبير عن المشاعر الإيجابية.
- القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية وما تفرضه على الفرد من قيم واتجاهات لا تتوافق مع قيم الفرد واتجاهاته.

وتتضمن هذه الطريقة الحديث عن المشاعر واستخدام تعبيرات الوجه عن الرأي الشخصي في حالة مخالفة الرأي المطروح، واستخدام ضمير المتكلم بدلاً من ضمير الغائب للتعبير عن الموافقة عندما يكون هناك اقتناع أو فائدة من وراء ذلك.

هذا، ويتطلب التدريب على تأكيد الذات إتباع الخطوات التالية:

1. تحديد نقاط الضعف والمواقف التي يشعر فيها المسترشد بضعف القدرة على التعبير عن المشاعر والافتقار إلى التوكيدية، وذلك باستخدام الملاحظة الذاتية أو باستخدام المقاييس النفسية المناسبة.
2. ترتيب نقاط الضعف في الشخصية في قائمة خاصة بناء على أهميتها بالنسبة للفرد.
3. مراقبة الذات في مختلف المواقف الاجتماعية التي تظهر فيها صعوبات التعبير أو السلوك التوكيدي.
4. الممارسة التخيلية.
5. الممارسة الفعلية.
6. التقييم.

وينبغي الإشارة إلى نقطة مهمة أنه في أثناء تدريب المسترشد على التوكيدية، يجب أن يكون المرشد والمسترشد مستعدان للفشل أو عدم تحقيق النجاح والتقدم، فلا ينبغي أن يتوقعا دائماً الحصول على النجاح في الموقف الذي يتم فيه اختبار التوكيدية عند الفرد.

التدعيم المتمايز (الفارقي) Differential Reinforcement: يستخدم في حالة إتيان نوعين من السلوك (سوي/مشكِّل) في نفس الوقت، ويكون هنا التدعيم في اتجاهين هما:

أ - زيادة استجابة سوية.

ب - إنقاص استجابة مشكلة أو حذفها. ويتم ذلك من خلال تقديم مثير تعزيزي تالي لوقوع الاستجابة السوية مع وقف التعزيز عند وقوع الاستجابة المشكلة في نفس الوقت.

العقاب Punishment:

ويقصد به تقديم مثير منفر أو مكروه عقب صدور استجابة سلبية. وكذلك توقيع تأثير لفظي أو بدني أو إظهار منبه مؤلم عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه أو الدال على الاضطراب ويختلف عن التدعيم السلبي من حيث نتائج كل منهما. ويتضمن العقاب الإبعاد المؤقت للمسترشد لفترات قصيرة في مكان لا يعود عليه بمدعمات اجتماعية أو نفسية. ويساعد هذا الأسلوب على إعطاء المسترشد فرصة للتأمل في سلوكه بهدوء. ويقدم هذا الأسلوب بوساطة ولي الأمر أو من يمثلوه باعتباره سلطة على المسترشد.

ثاني عشر. تحكيم البرنامج وتقويمه:

بعد انتهاء القائمين على إعداد البرنامج الإرشادي بصورته الأولية، ترسل نسخة منه إلى جهات عدة من أجل التأكد من مصداقيته وقدرته على إحداث التغيير المطلوب، ومناسبته للفئة المستفيدة منه، وعمرهم، وجنسهم، ومستواهم التعليمي، والأساليب والمقاييس النفسية المستخدمة فيه، وإجراءات تنفيذه،والظروف البيئية المناسبة للتطبيق، وخبرة القائمين على العملية الإرشادية. وأهم هذه الجهات القادرة على عملية التقويم:

1. **الخبراء المختصون في بناء البرامج الإرشادية**: وخصوصاً الذين تكون خلفيتهم العلمية متفقة مع الإطار العام للبرنامج. فالشخص الذي يتبنى أسلوب الإرشاد السلوكي لا يستطيع أن يحكم برنامجاً إرشادياً قائماً على نظرية التحليل النفسي على سبيل المثال، والذي يعمل في مجال الإرشاد الزواجي لا يمكنه أن يحكم برنامجاً للأطفال الصغار أو كبار السن. لكن الممارسة

الميدانية تخبرنا غير ذلك، فنجد أن الباحث في مرحلة الدكتوراه الذي يرغب ببناء برنامج إرشادي ما، يطلب في كثير من الأحيان من أي متخصص في علم النفس أو التربية أن يقوم البرنامج، بالرغم من أن معرفتهم تكون محدودة جداً في هذا المجال. والمهم في هذه النقطة تحكيم البرنامج من قبل الباحثين الذين يعملون فقط في الاتجاه نفسه الذي يقوم عليه البرنامج.

ويشترط أن يتسم المتخصص بتحكيم البرامج الإرشادية بمجموعة من السمات والخصائص، أهمها:

أ. **الموضوعية والدقة**: في النظر إلى الخطوات الرئيسة في بناء البرنامج.

ب. **الشمولية**: في تقويم جميع عناصر البرنامج.

ج. **الخبرة والكفاءة**: في مجال تقويم البرامج التي تستند إلى النظرية التي يتبناها في العلاج أو الإرشاد.

2. **التطبيق المبدئي للبرنامج من قبل خبراء آخرين**: ويتم ذلك بالطلب من خبراء آخرين أو مساعدين ثم تدريبهم بشكل كاف على تطبيق البرنامج الإرشادي على عينة مماثلة للعينة المستهدفة لتطبيق البونامج عليها، وبشرط ألا يعرف هؤلاء الهدف الرئيس من البرنامج، وذلك تجنباً للعوامل الذاتية التي تلحق بنتائج تطبيق البرنامج.

3. **الأفراد الذين لهم علاقة وثيقة بالمسترشد كالآباء والمعلمين وغيرهم**: وهؤلاء الأفراد يعدون ذوي أهمية كبيرة في الحكم على صلاحية البرنامج كونهم في حالات كثيرة سيطبقون البونامج كاملاً وبإشراف المرشد النفسي كحالات التبول اللاإرادي والخوف من المدرسة وقلق الانفصال وغيره من الاضطرابات الانفعالية التي تصيب الأطفال داخل المنزل.

وفي ضوء ما سبق، يقوم معد البرنامج بإجراء التعديلات المناسبة على البرنامج بناء على توصيات لجنة التحكيم، وتطبيقه على عينة تجريبية أولية (تتشابه مع عينة الهدف من حيث العمر والمشكلة والبيئة) للتأكد من صدقه ومناسبته للعينة التي سوف يطبق عليها، والاضطراب الذي تعاني منه، وشروط التطبيق، والمشكلات التي تحول دون تطبيقه بطريقة ناجحة. وبعد إجراء التعديلات على البرنامج نتيجة لهذه الخطوة والخطوة السابقة يصبح البرنامج الإرشادي جاهزاً للاستخدام مع للفئة التي وضع من أجلها.

الفصل الخامس
الخطوات الرئيسية في تطبيق البرامج الإرشادية

- طرائق إحالة المسترشد إلى المرشد
- الجلسة التمهيدية الأولى وشروط التدخل الإرشادي
- تهيئة المسترشد
- بناء العلاقة
- جلسة القياس القبلي
- إجراءات التدخل الإرشادي
- القياس البعدي
- إنهاء البرنامج
- قياس مستوى التحسن
- المتابعة
- التقييم النهائي للبرنامج

الفصل الخامس
الخطوات الرئيسية
في تطبيق وتنفيذ البرامج الإرشادية

مقدمة:

تسعى البرامج الإرشادية إلى تقديم مجموعة متنوعة من الخدمات في مجالات عدة، منها خدمات تربوية، وخدمات نفسية، وخدمات صحية، وخدمات اجتماعية، وخدمات أكاديمية، وخدمات إرشادية... وهذه الخدمات تعدُّ بمثابة حجر الأساس في برامج الإرشاد النفسي. ويتطلب من القائم على تنفيذ البرنامج تحديد المشكلة التي يعاني منها المسترشد ونوع الخدمة الإرشادية (توجيه، إرشاد، علاج) وتحديد طبيعة العمل وحجمه، وكذلك تحديد الخطوط العريضة، ويُعدُّ كل ذلك من الخطوات الضرورية لتنفيذ البرنامج على أرض الواقع. هذا، ويحتاج تنفيذ أي برنامج إرشاد نفس في الغالب إلى الإجراءات والتدابير التالية: أ. ضمان تعاون جميع أعضاء فريق العمل الإرشادي للعمل على نجاح البرامج وتحقيق الأهداف المنشودة.

ب ـ تحديد اختصاص كل عضو من أعضاء الفريق الإرشادي لتنفيذ ما هو مطلوب منه.

ج ـ تحديد خطة زمنية لتنفيذ البرامج والمدة الفاصلة بين جلسة وأخرى.

د ـ تحديد كيفية بدء عملية تنفيذ البرنامج، وتحديد زمن البدء بدقة وذلك من خلال الجلسة التمهيدية الأولى.

هـ تحديد اجتماعات دورية لفريق العمل الإرشادي للتحقق من حسن سيره والصعوبات التي تواجه البرامج، سواء أكانت صعوبات مالية، أم صعوبات تتعلق بالمسترشد أو صعوبات في مكان تطبيق البرنامج.

و ـ استخدام الوسائل المتطورة، وإتباع الطرق الحديثة في الإرشاد، والاستفادة من إمكانيات التطور العلمي الحديث في تنفيذ البرنامج، كالدائرة التلفزيونية المغلقة، والحاسوب، وكاميرات الفيديو، وآلات التسجيل والهاتف المحمول، والانترنت.. إلخ.

طرق إحالة المسترشد إلى المرشد:

وحول الكيفية التي يتم فيها إحالة المسترشد إلى المرشد، فيمكن الحديث عنها في الطرق التالية:

أ- **الزيارة التلقائية:** قد يأتي المسترشد في بعض الأحيان إلى العيادة لوحده، وذلك لشعوره بأن لديه مشكلة تضايقه، وتسبب له الألم النفسي، ويريد أن يتخلص منها، لذا نراه يلجأ إلى العيادة النفسية من دون موافقة شخص آخر، وبقرار شخصي نابع من ذاته.

ب - **الزيارة الموجهة من قبل الأسرة:** قد تشعر الأسرة في بعض الأحيان (الوالدان غالباً) أن لدى ابنهم مشكلة ما وتحتاج إلى العلاج، ويحدث في حالات أن تلاقى رغبة الأهل قبولاً من الابن، وفي حالات أخرى تواجه رغبة الأهل المقاومة الشديدة.

ج - **الإحالة من المؤسسات التربوية:** يحال في العادة إلى العيادة النفسية عملاء من المؤسسة التربوية أو من المدرسة. وهناك إجراءات تقوم بها المؤسسة عند إرسال الطالب المُشكل إلى العيادة من بينها: تزويد العيادة بتقرير واضح عن حالة الطالب، والأعراض التي اعتمدت المؤسسة عليها في تقريرها وجود اضطراب لدى الطالب.

د - **الإحالة من مؤسسات العمل:** مثال ذلك، العامل المشكِّل الذي يعرقل عملية الإنتاج في المعمل، ويسبب خسارة مادية لصاحب المعمل أو اختلاق مشكلات دائمة مع زملائه، أو يواجه صعوبات في توافقه النفسي والاجتماعي عندما يكون في العمل.

هـ **الإحالة من السلطات القضائية:** مثال ذلك حالات جنوح الأحداث والجرائم المختلفة التي يقوم بها بعض أفراد المجتمع كالسرقة والقتل والاغتصاب...

و- **الإحالة من قبل المستشفى العام:** إذا تبين أن المشكلة العضوية للمسترشد يكمن وراءها مشكلة نفسية، أو أن هناك بتراً في عضو المريض بحاجة إلى تأهيل نفسي لممارسة حياته الجديدة. وعلى المرشد النفسي هنا أن يحيط بالتقرير الخاص بالمسترشد قبل موعد المقابلة الأولى. فإن لم يفعل ذلك، فسيجد أن عليه أن يقرأ تلك الملاحظات أثناء المقابلة بدلاً من استخدام هذه الفترة الحيوية في التعرف إلى المسترشد.

1. الجلسة التمهيدية الأولى وشروط التدخل الإرشادي:

هدفها: التعرف إلى المسترشد وتقديم التعليمات الخاصة بالبرنامج وخطوات سيره، وأهدافه، والأساليب المستخدمة فيه، مع كتابة العقد الإرشادي، واتفاق الطرفين على كل النقاط المطروحة في البرنامج.

أما الأسس والقواعد العامة لعملية التدخل من قبل المرشد، فهي:

1. أن يشجع المسترشد على التحدث عن خبراته ومشاعره في جو هادئ ومريح، يشعر المسترشد به.

2. السماح للمسترشد بالحديث عن مشاعره من دون خوف أو قلق.

3. أن يصغي المرشد لكل ما يقوله المسترشد، أي أن يكون أذناً صاغية إليه، وهذا مما يساعده على تمتين العلاقة مع المسترشد.

4. أن يقدم التغذية الراجعة الإضافية المناسبة في الوقت المناسب.

5. التعرف إلى وجهة نظر المسترشد نحو اضطرابه وأهدافه في الحياة.

6. التشخيص التكاملي بهدف الوصول إلى المشكلة الحقيقية لدى المسترشد.

7. أن يلاحظ إشارات القلق عند المسترشد.

8. تشجيع المسترشد على تطوير الجوانب الإيجابية في شخصيته، وإيجاد الحلول المناسبة لمشكلته وفقاً للإطار المرجعي الخاص به.

9. أن تسير عملية تعديل السلوك وفق جدول منظم يتفق الطرفان عليه.

10. أن يلاحظ التغير في شخصية المسترشد بعد الانتهاء من البرنامج الإرشادي.

وبعد ذلك ثمة مجموعة من التساؤلات تثار في الجلسة التمهيدية وأهمها: كيف يبدأ المرشد عمله الإرشادي؟ فهل سيكون بمقدوره أن يساعده في شيء ...؟ وهل سيكون بمقدوره أن يفهم ما يتحدث عنه؟ وما الفكرة التي سيكونها المسترشد عنه؟

وتثير هذه التساؤلات في نفس المرشد غير المتمرس القلق والخوف والتوجس من عدم قدرته على فهم المرشد وفهم مشكلته، وتحديدها والتعامل معها بأسلوب يمكن أن يستفيد المسترشد منه في التخلص من المشكلة التي يعاني منها.

في الحقيقة، هذه المخاوف وأمثالها لها مسوغاتها إلى حد ما، فمن المتوقع أن يقابل المرشد نوعيات مختلفة من الناس ابتداءً من عمال المصانع إلى أساتذة الجامعات. ولكل منهم أسلوبه الخاص في الحياة، وطريقة تفكيره وسلوكه ومعتقداته، وليس من الضروري أن يكون على دراية بها. وكثير من المسترشدين الذين سيقابلهم سيكبرونه سناً وبعضهم يكونون أكثر ذكاء، ويحدث أحياناً أن ينتمي المسترشد إلى ثقافة مختلفة تماماً عن ثقافة المرشد، بحيث تكون المسلمات الاجتماعية الأساسية لهما متباينة لدرجة يصبح التواصل بينهما مستحيلاً، إضافة إلى ذلك قد يكون المرشد والمسترشد غريبين نسبياً عن بعضهما، أو قد يكون المرشد قد سمع شيئاً ما عن حياة المسترشد. ولكن من المهم جداً أن يعرف الطرفان قليلاً عن بعضهما إذا كان للإرشاد أن يكون خبرة قيمة ومساعدة ذات معنى. كما يجب أن يتعلما كيف يحترم أحدهما الآخر ويتقبله ويثق به. ويشعر بالأمن والسلامة، ويقدم كلٌّ منهما المعلومات للآخر.

ويعلّق المرشد أهمية كبيرة على هذا اللقاء التمهيدي لما له من آثار قد تكون إيجابية أو سلبية بالنسبة إلى المسترشد. لذلك فإنه يحاول في هذا اللقاء تحقيق مجموعة من الأغراض، منها:

- أن يقيم تواصلاً تاماً شريفاً ومفتوحاً حول الاهتمامات التي يجب مناقشتها مع المسترشد والعوامل والخلفيات المرتبطة بهذه الاهتمامات.
- أن يعمل بشكل متطور لتحقيق مستويات أعمق من الفهم والاحترام والثقة بين الذات والمسترشد.
- أن يزود المسترشد بوجهة النظر القائلة إن شيئاً مفيداً يمكن تحقيقه من خلال جلسات الإرشاد.
- أن يحدد المشكلة أو الموضوع الذي جاء يشكو منه المسترشد.
- أن يبني التعميم القائل إن الإرشاد عملية يجب أن يعمل فيها كلا الفريقين بقوة لاكتشاف المسترشد وفهم اهتماماته.
- أن يحصل على معلومات عن المسترشد ترتبط باهتماماته ومقترحاته لحل المشكلة بشكل فعال.

وعندما يطلب من المسترشد للدخول إلى غرفة المرشد، فمن اللطف أن يحييه المرشد باسمه: " أهلاً يا سيد أحمد، أنا المرشد محمد ". وهذا الترحاب والاستقبال اللائق له دلالة

لدى المسترشد، والتي من المحتمل أن تنعكس إيجابيا في ظل العلاقة الإرشادية القائمة بينهما. كما تدل أيضاً أن المرشد يعامله معاملة حسنة قلما عامله الآخرين بهذه الطريقة وأنه ينظر إليه باعتباره إنساناً له دوافعه وأفكاره ومعتقداته وبحاجة إلى مساعدة وليس مجرد حالة مرضية.

وبعد أن يطلب من المسترشد الجلوس في مقعد أو كرسي مريح وضع في مكان مناسب في العيادة أو المركز. كما تحدثنا عن ذلك في فقرة سابقة يبدأ المرشد بالتعرف إلى الحالة الراهنة للمسترشد والشكوى الذي جاء من أجلها إلى المرشد، حيث يقوم المسترشد بالحديث عن تاريخه الشخصي والعائلي والمرضي والأكاديمي..الخ.

ومهمة المرشد النفسي في هذا المرحلة هي البحث عن المؤشرات الدالة والتي لها علاقة باضطراب المسترشد الحالي. ويجب الإشارة هنا إلى أن المسترشد يجب أن تكون له الحرية في الحديث عما يراه مناسباً له، ويشجعه المرشد بين الحين والآخر على الاستمرار والتوسع في الموضوعات ذات العلاقة، كما يجب أن تكون مدة المقابلة الأولى للمرشد النفسي مع المسترشد هي نفس المدة التي تستغرقها اللقاءات التالية، إلا أن بعض المرشدين يفضلون أن تكون المقابلة الأولى أطول من بقية اللقاءات اللاحقة. ويبررون ذلك في أن تعطي هذه الطريقة للمرشد الفرصة في التعرف إلى المسترشد بصورة أفضل. كما يطلب المرشد من المسترشد هذه الجلسة أن يأتي إلى نفس الغرفة، وفي الوقت نفسه من اليوم الذي تم الاتفاق عليه، مع التوضيح له بسرية المعلومات التي يعبر عنها في هذه الجلسة والجلسات اللاحقة وإخباره بالأساليب الإرشادية المناسبة في أثناء التعامل مع حالته...إلخ.

2. تهيئة المسترشد للدخول في العملية الإرشادية:

إذا تبين للمرشد أن حالة المسترشد بحاجة إلى تدخل إرشادي من جانبه أو من فريق العمل الإرشادي، فعلى المرشد أن يقوم في أغلب الحالات بتهيئة المسترشد للدخول في العملية الإرشادية، ويتم هذا التمهيد على النحو الذي نسوقه بنموذج تمهيدي لنظرية الإرشاد المتمركز حول المسترشد.

تعليمات عامة: "خلال لقاءاتنا القادمة ستدور بيننا العديد من المناقشات والحوارات حول بعض الخبرات التي تسبب لك الضيق والألم النفسي، وحتى يتم ذلك على أكمل وجه، استمع لما أقوله لك جيداً، حتى تكون على علم كامل بكل ما سيتم داخل هذه اللقاءات".

تحديد الأهداف: " إن هدفنا واضح ومحدد، وهو مساعدتك على فهم نفسك واستعداداتك وقدراتك وميولك والاستفادة منها بصورة طيبة لتحقيق توافقك السليم في الحياة. وهدفنا في هذا اللقاء (الجلسة) واللقاءات القادمة هو السعي إلى تحقيق النمو السوي لك من خلال شعورك بالأمن والطمأنينة، وكذلك فهم نفسك وقدراتك بشكل إيجابي، وتقبل نواحي القصور فيها والاستفادة من قدراتك إلى أقصى حد ممكن"." جميل أن تطلب المساعدة منا حين تحتاجها، وسوف تجد لدينا الرغبة المخلصة في مساعدتك، وبذل الوقت والجهد الكافيين لتحقيق هذه الرغبة".

تحديد الأدوار: "ربما تتوقع منا الشيء الكثير في حل مشكلتك، ولكن أود أن أقول لك منذ البداية، لا تتوقع منا حلولاً جاهزة لمشكلتك، ولكن توقع المساعدة فقط على اكتشاف قدراتك وخبراتك المتناقضة مع ذاتك، وبالتالي أنت الذي سيقوم باختيار الحلول المناسبة لمشكلتك".

الرغبة في المساعدة: " نحن مستعدون تماماً لكي نسمع كل شي منك مهما كان له علاقة أو لا بمشكلتك، ستجد لدينا الأذن الصاغية، والإنصات الجيد، والفهم العميق قدر الإمكان لوجهات نظرك ولمشاعرك وخبراتك حول المواقف الحياتية التي مررت بها... نرجو أن تتوافر بيننا الثقة والاحترام المتبادلين".

توليد الثقة المتبادلة: " نرجو منك أن تثق فينا تماماً، وتأكد أن سرية المعلومات أمر مهم لدينا، لأن من أبسط قواعد الإرشاد هي المحافظة على سرية المعلومات وخصوصية من يتعاملون معنا. لا تكتم أو تخف أي شيء يدور في خاطرك حتى ولو كان تافهاً، قل أي شيء، قل كل ما لديك بصدق وأمانة وكأنك تتحدث مع نفسك".

مسؤولية التحسن: " ليس هناك من هو أعرف بنفسك منك، وأن أفضل طريقة لفهم ذاتك هي الطريقة التي تتبناها أنت، لذا نرجو منك التعاون بأسلوب منفتح. وتأكد دائماً أن كل ما تقوله سوف يكون أمانة لدينا، ولن يطلع عليه أحد مهما كان".

" تذكر أن هذا اللون من العلاج أو الإرشاد سوف يعتمد عليك أنت وليس عليّ، فعليك يقع العبء الأكبر في الجلسات التالية، وعليك يقع العبء في سير الجلسة وفقاً لما تراه مناسباً لك. لذلك نرجو منك أن تكون لديك الرغبة بالفعل للمرور بخبرة هذا اللون من الإرشاد".

"تذكر دائماً أنه في الجلسات اللاحقة سوف ينحصر دوري في تسهيل أو تيسير فهمك لنفسك بشكل أفضل، ومساعدتك على التركيز على مشاعرك وخبراتك، وكذلك مساعدتك في

الكشف عن قدراتك، ودون تدخل مني إلاً كموجه وميسر لك، بغية اكتشاف خبراتك ومعايشتها بصورة سوية".

اتخاذ القرارات: " إن سعادتك بين يديك، ساعدني في تحقيق التقدم، لا تطلب مني حلولاً جاهزة، وبالتالي فإن المهم في هذه الجلسة والجلسات اللاحقة أن تتعلم ما يمكنك من حل مشكلاتك مستقلاً عني، وأن تتحمل مسؤولية اتخاذ القرارات التي تراها مناسبة لك". نتائج العلاج أو الإرشاد: " في النهاية أنت المسؤول الأول والأخير عن التقدم الذي يحصل لك نتيجة هذه اللقاءات؛ فبقدر ما تسمح لخبراتك ومشاعرك من التعبير عن نفسها من دون خوف أو قلق بقدر ما يؤدي هذا إلى تحسن وتقدم في حالتك النفسية".

المتابعة: " وتأكد إننا لن نتخلى عنك بعد الانتهاء من هذه الجلسات، لأنه لا بد من استمرار التواصل بيننا بين الحين والآخر، وذلك من أجل التأكد من حسن سير عملية التحسن لديك، اترك ليّ عنوانك ورقم تلفونك". المرشد النفسي

واستمراراً للمثال الذي سقناه عن الوسواس القهري نتابع مايلي: يقول المرشد للمسترشد: "نقوم في المراحل التالية بوضع مثال لمعالجة اضطراب الوسواس القهري – Obsessive Compulsive Disorder لدى فرد ما، بهدف التعرف على سير هذا البرنامج وفق الخطوات الخاصة به. وبعد تشخيص الاضطراب وقبل بدء العلاج الفعلي، يجب على المرشد أن يضع برنامجاً زمنياً يتكون من (4–6) ساعات للمقابلة مع المسترشد، وفي هذه الجلسات يحتاج أن ينجز مهمتين على درجة كبيرة من الأهمية، وهما:

أولاً- أن تستخدم الجلسات لجمع المعلومات اللازمة لوضع خطة الإرشاد التي تتعلق بشعور المسترشد بمثيرات التهديد والتجنب والطقوس والنتائج المخيفة.

ثانياً- أن يكوّن علاقة طيبة مع المسترشد، قائمة على الاحترام والتقبل وبث الثقة في نفسه، والتعاطف الوجداني غير المشروط.

بناء العلاقة الإرشادية:

إذا انتهى المرشد النفسي من رؤية المسترشد الجديد الذي يلقاه لأول مرة، وقام بكتابة تاريخه المرضي، ورتب مواعيد اللقاءات التالية. فما الذي سيفعله بعد ذلك ؟ إن مهمته التالية هي أن يجعل المسترشد يتكلم بحريته ما أمكن، في جو يتصف بالهدوء والأمان والثقة والتقبل

والاحترام المتبادل. ويقول له على سبيل المثال لقد وجهت لك في المرة السابقة عدداً من الأسئلة عن مشاكلك وتجاربك، ومن الآن فصاعداً أريدك أن تأخذ أنت دور المبادرة بدلاً من أن أوجه أنا الأسئلة لك، وعلى كل حال فأنت الشخص الوحيد الذي يعرف ما يدور في ذهنك، فما الأمر الذي تحس أنك بحاجة للتحدث عنه ؟ فإذا لم يستجيب لقول المرشد يمكن طرح السؤال الآخر. بماذا كنت تفكر على سبيل المثال وأنت في طريقك إلى هذا اللقاء؟ أحياناً يرد المسترشدون الخائفون وذوي السذاجة النفسية بأنهم لم يفكروا في شيء. لكنه من الصعب جداً أن لا يفكر الإنسان في شيء. فهناك دائماً أفكار متناثرة تدور في ذهن المرء: "ربما دار في ذهنك بعض التوقعات عما ستؤول إليه هذه المقابلة؟ فإذا ما أنكر المسترشد يطلب منه أن يتخيل أي شيء يخطر في باله عن الإرشاد أو العلاج. إن المسترشدين النافرين وغير الراغبين في الحديث، هم في الغالب من الذين حثهم آخرون بشدة على طلب الإرشاد النفسي أو العلاج، وقد يتضح نفورهم عندما يطلب منهم أن يفعلوا شيئاً آخر غير الإجابة عن الأسئلة المباشرة؛ فغالبية المرضى ذوي الذكاء العادي حتى ولو لم تكن لهم معرفة بالعلاج النفسي يفطنون بسرعة إلى الفكرة التي يريدها المرشد وهي:

أولاً- معرفة ماذا كان يشغل بالهم منذ الزيارة الأخيرة.

ثانياً- ما يدور في أذهانهم (هنا - الآن) فإن أخفقوا في استيعاب ذلك، فمن المنطقي أن نفترض أنهم إما أن يكونوا خائفين أو نافرين أو الاثنين معاً.

ولكي يشعر المسترشد بالثقة تجاه المرشد، يجب أن يثير المرشد في نفس المسترشد التواصل المفتوح وحثه على المشاركة بجميع المعلومات المتعلقة باهتماماته ومشكلته بشكل تام، وأن يشعره بأنه مقبول ومحترم في نظره، وأن يوفر له جو من الأمان والثقة والاهتمام يساعده على التعبير عن مشكلاته الحقيقية التي يعاني منها دون خوف أو خجل، بعد أن يأخذ عهداً منه أن المعلومات التي يدلي بها أثناء الجلسة الإرشادية ستكون محاطة بالسرية التامة لا يطلع عليها أحد مهما كان. كما ينبغي عليه أن يذكره دائماً أنه لا يقدم النصائح له في معظم الجلسات الإرشادية، لأن النصائح في العملية الإرشادية هي في الغالب كما يقول "يونغ" علاج غير مجد، ولكنها ليست خطرة على وجه العموم لما لها من تأثير ضعيف على سلوك الفرد" (ستور، 1991، 46).

مثال الوسواس القهري:

يتم في هذه الجلسة بناء علاقة ودية مع الشخص الذي يعاني من الفعل القهري لغسل اليدين، والتعرف إليه وإلى مشكلته الحالية. والمشكلات السابقة التي تعرض لها في حياته، وما صدى هذه المشكلات وآثارها ؟كيف أتى للعلاج النفسي؟ وهل حاول من قبل الذهاب إلى طبيب نفسي، وما هي طريقة العلاج السابقة؟ وما هو الدواء الذي تناوله، وما مدة تعاطي الدواء وكميته ؟ وهل حاول أن يذهب إلى معالج نفسي في الماضي وما أسلوب العلاج المتبع معه ؟

ومن خلال هذه الجلسة يتعرف المرشد إلى مشكلة المسترشد، ويضع احتمالات للتشخيص، ويتفق الاثنين على مواعيد تناسبهما، وما هي أفضل الأوقات التي يتفرغ فيها للعلاج. ويصل المرشد في نهاية هذه الجلسة لكتابة عقد إرشادي مع المسترشد.

لذلك يمكن القول: إن العلاقة الإرشادية هي علاقة شخصية اجتماعية مهنية تتم بين المرشد الذي يقدم المساعدة والمسترشد الذي يحتاج المساعدة، وهي تحدد دور كل منهما في تحقيق أهداف العملية الإرشادية، وتبدأ هذه العلاقة منذ ترحيب المرشد بالمسترشد، وتنهي عندما يتخلص المسترشد من مشكلته أو عند إحالته إلى مرشد أو أي شخص آخر يستطيع أن يفيده أكثر.

ومن المتعارف عليه في عملية الإرشاد أنه لا يمكن أن تتم وتنجح في تحقيق الأهداف المطلوبة والمرجوة منها دون إقامة علاقة إرشادية إيجابية وسليمة.

وتتميز العلاقة الإرشادية بميزات تجعلها مختلفة عن العلاقة الشخصية أو الاجتماعية العادية، فهي:-

أ- تقوم على أسس مهنية تضمن فقط حل المشكلة الموجودة عند المسترشد، وليس للمرشد أي علاقة بالأمور البعيدة عن ذلك.

ب - تقوم على التفاعل والتبادل ما بين المرشد والمسترشد من حيث الثقة والاهتمام.

ج - تقوم على تحديد زمان محدد؛ فهي ليست علاقة اجتماعية بحتة وإنما علاقة مهنية تحتاج إلى إعداد وتحضير مسبق.

د - تقوم على السرية، وهذا يتطلب إخفاء المعلومات عن الآخرين والالتزام بما يخدم تحقيق أهداف العملية الإرشادية.

هذا، ويتوقف نجاح العملية الإرشادية في الغالب على مجموعة من الشروط، نذكر أهمها:

1ـ الشعور بالألفة : وهي تتعلق باهتمامات المرشد الصادقة نحو مستقبل المسترشد ، وتقبل ما هو عليه دون شروط مسبقة، ويتوقف تكوين الشعور بالألفة على الأسلوب الذي يتبعه المرشد من المقابلة الأولى، وإتاحة الفرص للمسترشد للتعبير عن مشاعره والتفهم الواعي لهذه المشاعر من قبل المرشد ، وإثارة مواضيع أو أفكار يستطيع المسترشد المشاركة فيها بسهولة.

2– المشاركة الوجدانية : شعور المسترشد بأن المرشد يشاركه مشاعره وأفكاره ويقدر ظروفه، ويوفر له فرص التعبير عن مشاعره الحقيقية في حرية وصراحة دون تصنع أو مجاملة.

3– الصدق : يتعلق بتفهم المرشد لحالة المسترشد ومدى قدرته في التعامل معها ، وعدم التظاهر بالقدرة على تقديم مساعدة لا يقدر على تقديمها.

4– الواقعية : تتمثل في أسلوب تجاوب المرشد حول مساعدة المسترشد في تحديد مشكلته، وهي تعتمد على تقبل المرشد لمشاعر المسترشد . ويتحقق ذلك من خلال الخبرة والتدريب على الأساليب الإرشادية المختلفة، ومعرفة مطالب النمو للمراحل العمرية المختلفة التي يمر بها المسترشد .

ويرى "تركس وكاركف" بأن الواقعية من قبل المرشد تتحقق وفق ثلاث مراحل تتمثل فيما يلي :

أـ الاندماج بمشكلة المسترشد بدرجة واقعية مما يجعل المرشد قريبا من شعور المسترشد .

ب ـ البعد عن الاختلاف مع المسترشد ما أمكن، وإتاحة الفرصة أمامه لتصحيح آرائه بنفسه.

ج ـ استخدام التعزيز للاهتمامات الإيجابية للمسترشد نحو حل مشكلاته.

5ـ الاحترام والاهتمام : يجب أن يحترم المرشد المسترشد دون شروط مهما كانت مشكلة المسترشد وأن يتقبله دون إصدار حكم عليه.

6ـ الانتباه : يعدُّ الانتباه من المهارات الأساسية التي يجب أن يتصف بها المرشد ، وحسن الانتباه يدل على اهتمام المرشد وتواصله مع المسترشد . ويعد الانتباه سلوكاً أكثر مما هو صفة، ويدل على لباقة المرشد وقدرته على التعبير والتجاوب وجعل المسترشد مركز الحوار، ويمكن أن يستدل على الانتباه بعدة أساليب، منها : السلوك غير اللفظي أو تلخيص كلام المسترشد ، أو الاستفسار عن بعض جوانب موضوع حديث المسترشد أو توضيح التناقضات بالحديث.

7- مكان الإرشاد: لابد أن تكون حجرة الإرشاد مناسبة وجذابة وتحقق الراحة والاطمئنان مع الاهتمام بالمناظر،السجاد، الألوان..إلخ، وذلك لما لها من أهمية كبيرة سلباً أو إيجاباً على نجاح العملية الإرشادية.

8- الخصوصية: يعدُ توفير الخصوصية من أهم عوامل تحقيق العلاقة الإرشادية. وتعني الخصوصية عدم تحدث المرشد مع شخص آخر عن مشكلة المسترشد دون موافقته.

9- القيم: يرى "وليامسون"Williamson، 1950) بأن على المرشد أن يؤمن بنظام قيمي واضح، ويجب ألا يكون بعيداً عن المفاهيم الاجتماعية السائدة في المجتمع، لأن قيم المرشد تؤثر بطريقة شعورية أو لاشعورية على المسترشد وبخاصة عند يطلب المساعدة ويكون في حالة عدم تأكد من قيمه واتجاهاته وأفكاره،أي إنه سوف يكون عرضة للتأثر بقيم الآخرين المحيطين به." (أبو عيطة،: 1997، 231).

10. التفهم: هو القدرة على إدراك علاقة الفرد بالآخرين وتفهمه لهذه العلاقة ومحتواها، وكيفية تكوينها. ويساعد التفهم المرشد على تقديم المساعدة الفعالة، وعلى تحقيق علاقة جيدة مع المسترشد، وترى "تيلور"Tyllor "أن التفهم هو معرفة ما يحاول المسترشد قوله من معان بوضوح تام.

4. جلسة القياس القبلي: (Pre-test)

وهدف هذه الجلسة قياس شدة المشكلة التي يعاني منها المسترشد، وذلك من خلال استخدام أساليب القياس الكمية والكيفية، وتسمى هذه الخطوة بمرحلة الخط القاعدي للمشكلة، والتي يمكن أن ينطلق منها المرشد لتحديد أثر التغير الذي سوف يحدثه البرنامج في خفض مشكلة المسترشد. فعلى سبيل المثال إذا رغب المرشد إحداث خفض في المتغيرات الفيزيولوجية المصاحبة لحالة الوسواس القهري عند المسترشد، فإنه يسعى في البداية لتحديد المؤشرات الفيزيولوجية التي يمكن أن تتأثر بحالة الفعل القهري لغسل اليدين، والأفكار والصور أو الاندفاعات التي يخبرها الشخص، ومخاوف الشخص من الأمراض المعدية، ويحدد بعض ذلك المقاييس الفيزيولوجية المتوافرة لديه، مثل ضغط الدم، أو دقات القلب، أو قياس توتر العضلة (الجلفاني)، وبعد أن يقوم المرشد بقياس هذه المؤشرات الفيزيولوجية في وضعها الطبيعي وفي وضعها الانفعالي (التوتري)، وتسجيل القياسات الفيزيولوجية في دفتر خاص، وملاحظة الفرق

بين الخط القاعدي والخط النهائي لقياس المؤشر الفيزيولوجي. ويمكن معرفة الأثر الذي تركه البرنامج في إحداث التحسن في المتغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للوسواس القهري، ثم يطبق المرشد مقياس الوسواس القهري والمقاييس النفسية الأخرى المتعلقة بالوسواس كالقلق، وتوهم المرض، وتقدير الذات. عندما تبين نتائج المقاييس النفسية أن المسترشد يعاني من وسواس قهري يتعلق بالغسل المتكرر، يبدأ المرشد بوضع برنامج إرشادي أو علاجي يتناسب وطبيعة الحالة التي يعاني منها المسترشد.

5. إجراءات التدخل الإرشادي: Intervention

الإجراءات هي الأفعال التي يأتي بها المرشد النفسي لمساعدة المسترشد على استكمال تحقيق الأهداف المرحلية في الخطة الإرشادية. وينبغي أن يكون لكل هدف مرحلي جلسة إرشادية واحدة أو أكثر، ولا ينتقل المرشد إلى الهدف الذي يليه إلاّ بعد أن يتحقق الهدف الذي يتناوله بالكامل.

وعملية التدخل ليست بالعملية السهلة لكل من المرشد والمسترشد، لأن كلاً منهما يحاول أن يفهم الآخر من خلال العلاقة الإرشادية التي تكون في حالات كثيرة سبباً في تقدم العلاج أو الإرشاد أو فشله من جهة، وأن الإجراءات التي يقوم بها المرشد النفسي تجاه المرشد قد تكون غير مرغوبة عند المسترشد من جهة ثانية، وهذه المسائل مع مسائل أخرى قد تخلق نوعاً من المقاومة عند المسترشد.

وثمة مجموعة من الشروط المساعدة في عملية التدخل التي يقوم بها المرشد مع المسترشد وذلك حتى تكون العملية أكثر نجاحاً وفائدة للمسترشد، وأهم هذه الشروط:

1ـ كلما بدأ الإرشاد مبكراً من ظهور المشكلة لدى المسترشد كانت نتائج العملية الإرشادية أكثر جدوى.

2ـ كلما كانت شخصية المسترشد أكثر تماسكاً قبل بداية الاضطراب كانت النتائج أفضل، لأن المسترشد في هذه الحالة لا يزال لديه التبصر الكافي بمشكلته وبأبعادها وشرحها للمرشد بوضوح تام.

3ـ إذا لم يوجد أي تاريخ عائلي مرضي لدى الأفراد المقربين من الدرجة الأولى والثانية لدى المسترشد فإن الإرشاد عندئذ يكون أكثر جدوى.

4. إذا ترافق العلاج النفسي بالعلاج الطبي وخصوصاً إذا كانت الحالة تعاني اضطراباً من الاضطرابات كالتبول اللاإرادي، اضطرابات الكلام، الإدمان على المخدرات، فإن الإرشاد النفسي يصبح ذا فائدة للمسترشد.

5. إذا توافرت للمسترشد الرغبة والدافعية والاستعداد الكافي لتقبل الإرشاد، والاستفادة من خبراته في الحدود التي تسمح به إمكاناته، فإن النتائج سوف تكون مُرضيّة إلى حد ما.

6. التقبل والاحترام والثقة والتعاطف الوجداني للمسترشد، وكذلك التطابق والانسجام والمرونة والدفء والصبر والرغبة الصادقة من جانب المرشد في تقديم العون للمسترشد، فإن ذلك سوف ينعكس إيجاباً على نتائج الإرشاد.

7. كلما كانت العملية الإرشادية محددة بأهداف واضحة ونتائجها تكون قابلة للملاحظة والقياس في سلوك المسترشد، استطاع أن يصل المرشد والمسترشد إلى الأهداف المتعلقة بالنتيجة بسهولة ويسر.

8 - إذا كانت الشروط المحيطة بالعملية الإرشادية (الأسرة، البيئة الخارجية) مشجعة ومحفزة ومساندة للتدخل الإرشادي لدى المسترشد كلما ساعد ذلك في التحسن في الأعراض التي يشكو منها.

9. إذا كان باب الاستشارة مفتوحاً للمسترشد بعد الانتهاء من العملية الإرشادية (المتابعة)، فإن ذلك يساعده على المضي قدماً في المحافظة على التحسن الذي اكتسبه نتيجة للتدخل الإرشادي (فام، 2000، 245).

وهنا، لابد من الإشارة إلى مجموعة من الفنيات التي ينبغي على المرشد النفسي إتقانها واستخدامها مع المسترشد أثناء عملية الإرشاد مع المسترشد، وهي:

إتقان مهارات التواصل الأساسية:

وتتمثل بـ:

أ. الاتصال البصري:

تتميز منطقة العين بحساسية من التنوع في التعبير عن الانفعالات والمشاعر والأفكار، سواء كان ذلك في حركتها ولمعانها أو في درجة اتساع حدقتها أو ضيقها أو الانقباضات والانبساطات التي تحدث حول العينين. وقديماً قال المثل العربي " العين مغرفة الكلام".

فالعين إذن، تؤدي دوراً مهماً في تمهيد التواصل البنيشخصي، وذلك لأنها إشارة للرغبة في التواصل، وتعكس أيضاً الاهتمام المتبادل. وبناء على ذلك؛ فالعين يمكن أن تمارس ست وظائف تواصلية، هي:

- تشير إلى درجات الاهتمام، والانتباه، والإثارة.
- تؤثر في تغير الاتجاه والإقناع.
- تنظيم التفاعل.
- تعمل على توصيل الانفعالات.
- تحدد قوة ووضع العلاقات بين الأفراد.
- تتولى دوراً مركزياً في إدارة الصورة المنطبقة في الذهن.

لذلك من المفيد بالنسبة للشخص الذي يريد أن يعرف الآخر أن يحدق أكثر في عينه عندما تتحدث إليه. وقد أشار "ماك توين" إلى هذه الحقيقة قائلاً: إنه لا يمكنك الوثوق في عينيك حينما يكون خيالك بعيداً عن المركز. وقد دلت الأبحاث العلمية أنه من المعلومات التي تنتقل إلى الدماغ البشري، هناك (87٪) منها يأتي عن طريق العينين و(9٪) عن طريق الأذنين، و(4٪) فقط عن طريق الحواس الأخرى.

وقد أوضح" دافيد ستير " (1982) عن "بيرن" أن هناك ستة أنواع من النظرات ومكوناتها الانفعالية تمت ملاحظتها بكثرة أثناء الجلسات العلاجية، وهي إحدى المكونات الفيزيولوجية عن الحالة النفسية، وتلك الأنواع هي الآتية:

ـ **العين الدامعة**: وهي تعطي الانطباع بأن صاحبها يضمر حزناً دفيناً.

ـ **العيون الغائمة**: وهي تُعدُّ من المكونات الفيزيولوجية للاكتئاب، وتعبر عن تجاهل احتياجات الأفراد. وهي في الغالب مصاحبة بتكشيرة الحواجب.

ـ **العيون الحادة**: وهي تعبر عن خليط من الخوف والغضب تم مزجها في نظرة حادة وقت الخطر، وترى هذه النظرة عند أصحاب الفصام الاضطهادي الذين يملؤهم الشك دائماً.

ـ **العيون الرامشة**: يعتبر الرمش المتكرر علامة لاضطراب انفعالي وعدم القدرة على تقدير الأمور بوضوح، وعادة نجد السبب في الرمش المتكرر يرجع إلى صدمة نفسية مع خوف من التعرض للأذى.

- **العيون الغامزة:** هو تعبير واضح عن الصداقة والمرح أو التعاطف يرسله المرسل بوصفه رسالة غير لفظية، وهو من جهة أخرى لا يتمشى مع سياق الموضوع أو مضمون الحديث الدائر، ويعدُّ شكلاً من أشكال خداع النفس أو الآخرين مع ألفاظ على أشكال عدم الالتزام تجاه الآخرين وتفادي أي علاقة معهم.

- **العيون السارحة:** عادة ما تصاحب هذه النظرة اختصاراً للحديث أو الكف عنه، ومحاولات التفادي وعدم الاهتمام (العاسمي، 2005، 32).

إن الاتصال البصري الجيد ليس هو تلك النظرة الجامدة أو التي لا معنى لها بل هي تلك النظرة المحفوفة بالانتباه التي تقول للمسترشد: إن المرشد مهتم بك وينصت إليك ومتعاطف معك وحريص على مساعدتك، وهذه النظرة تصدر عن المسترشد أيضا نحو المرشد تقول: " إن المسترشد يثق به ويأمل في العملية الإرشادية ويتوقع منها تحقيق توافقه".

وقد أثبتت الدراسات أن النظرات المتبادلة الفعالة تحدث بدرجة أكبر حينما تكون هناك مسافة فيزيقية أكبر بين المرشد والمسترشد، وحينما تكون موضوعات المناقشة أقل في طابعها الشخصي والحميم، وحينما تكون الألفة بين المرشد والمسترشد قد بنيت على أساس وثيق. وعادة ما يرسل النظرة الشخص المستمع أكثر من الشخص المتحدث.

ب - الابتسام:

يتحدث العديد من الباحثين عن أنواع من الابتسامات يمكن فهمها وتحليل دلالتها والاستفادة منها بوصفها معلومة غير لفظية، وهذه الأشكال هي: الابتسامة البسيطة، الابتسامة العليا، الابتسامة العريضة المستطيلة.

وينبغي على الشخص الراغب بفهم الآخر أن يأخذ باعتباره نماذج متعددة الأبعاد للتعرف على التنوع في درجات الابتسامة والضحك، منها: درجة فتح العينين، بريق النظرة، إشارة أو إيماءة الرأس، نغمات الصوت، ومختلف حركات الجسم التي تختلف كل منها عن الأخرى.

ج - الإشارات البدنية:

ظهر بشكل واضح أن الحالات النفسية والانفعالات تنعكس في كثير من الأحوال في وضعية الجلسة والحركة التي يتخذها الجسم، وتعد هذه الإشارات غير اللفظية مصدراً مهماً للمعلومات ويطلق عليها "لغة الجسد" Body Image ويمكن لهذه اللغة أن تزودنا بأنواع مفيدة من المعلومات عن الآخرين، وتوضح الكثير من الحالات الانفعالية لهؤلاء الأشخاص؛ فالحركات

الكثيرة والمتكررة ـ في الغالب ـ تعبر عن الإثارة الانفعالية، وردود فعل كل منا عن الآخر. فهناك حركات جسمية تعبر عن الميل، بينما تعبر حركات أخرى عن الرفض أو النبذ.

د- إيماءة الرأس:

تعدُّ إيماءة الرأس من الإشارات غير اللفظية المهمة في تقدير مستوى دفء المتواصلين وزيادة ثقتهم ببعضهم البعض.

هـ الحركات:

أكد "لاكروس" 1975 على أن إيماءات اليدين وانحناء الجذع للأمام حوالي عشرين درجة، يتم إدراكها من قبل الآخر باعتبارها استجابة أكثر جاذبية وأعظم دفئاً. وفي نفس المجال إن تقاطع الذراعين فوق الصدر أشد الأوضاع برودة وأقلها تعاطفاً. أما الأوضاع المختلفة للرجلين فقد كانت أكثر تعقيداً في تأثيراتها

لذلك يمكن القول: إن فهم انفعالات الآخر تعدُّ المدخل الحقيقي والصادق لعالمه الداخلي (أفكاره، مشاعره، سلوكياته، اتجاهاته). فالشخص الذي يملك فهماً وظيفياً للانفعالات لدى الآخر من المرجح أن يكون أكثر تأكيداً وتأثيراً على الآخرين من أولئك الذين لا يفهمونها.

و- المسافة الشخصية:

المسافة الشخصية بين المرشد والمسترشد تؤثر أيضا في الاتصال. وهناك منطقة ارتياح قصوى يمكن الاحتفاظ بها وهذه المسافة محكومة إلى حد ما بالاعتبارات الثقافية، وبالنسبة للموقف الإرشادي يجب أن يكون المرشد واعياً بمستوى الارتياح أو عدمه بينه وبين المسترشد فيما يتعلق بالمسافة بينهما، وأن يعمل على توفير المسافة الشخصية المثلى.

وقد تضيق المسافة الشخصية بين المرشد والمسترشد حتى تصل إلى حد اللمس كأن يربت المرشد على كتف مسترشده. وتشير بعض الدراسات بأن اللمس يشعر المسترشد بالرغبة في الانفتاح والمشاركة، فقد أوضحت دراسة لكل من "دريسكول" Driscoll و"نيومان" Newman و"سيلز"Seals (1988) أن لمس المرشد لمسترشده ارتبط بكفاءة المرشد، ولكن المرشدين الذين يبالغون في لمس عملائهم يدركون من قبلهم على أنهم مرشدون أقل جدارة ومهارة كما أوضح ذلك "سوتير" Suttrو"جودييرGoodyear".

ح ـ النغمة الصوتية:

النغمة الصوتية جانب آخر من الجوانب المعبرة عن الاهتمام وبالتالي عن التواصل بين المرشد والمسترشد، فنغمة الصوت الدافئة السارة التي تعكس روح الدعابة تدل بوضوح على الاهتمام والرغبة في الاستماع إلى المسترشد، إن طبقة الصوت وحجمه ومعدل الحديث قادرة على أن تنقل الكثير من المشاعر التي يكنها المرشد للمسترشد. وقد أظهر "سكيرر" (1986) في دراسة له أن استخدام المفاتيح أو العلامات شبه الصوتية يمكن أن تنقل الرسائل المتضمنة إلى المستويات العالية من الثقة أو المنخفضة منها.

ك ـ الصمت:

والصمت أيضاً من الفنيات التي تساعد على التواصل الجيد رغم التناقض الظاهري بين مظهرها ووظيفتها، حيث يمكن للمرشد أن يستثمر الصمت على نحو مثمر في خدمة أهداف المقابلة الإرشادية. وعلى المرشد هنا أن يميز بين أنواع من الضمت، لذلك فصمت المسترشد قد يدل على عدم التعاون، أو عدم الثقة، أو الإرهاق، أو الجهل بأسئلة المرشد، أو تحدٍ له ولقدراته على المساعدة (كفافي،1999، 56).

من هنا، فإن الصمت يكون مطلوباً وضرورياً أثناء الحديث، وعلى كل من المرشد والمسترشد أن يتبادلا الحديث والصمت في بعض الأوقات. وهذا الصمت لا يقطع الاتصال بين المرشد والمسترشد على المستوى غير اللفظي."

2– استجابات الإصغاء:

إن أهمية الإصغاء الجيد لا تقل عن أهمية الكلام الجيد، وإن كان الإصغاء أكثر صعوبة. إن الإصغاء الجيد فن يتطلب تركيز كل الإمكانيات العقلية للفرد وبصفة عامة فإن الناس بوسعهم أن يتكلموا بصورة أفضل من أن ينصتوا.

ويرى "كومبير وكومبير" 1985 أن الإصغاء يتضمن ثلاث عمليات: استقبال رسالة، تشغيل الرسالة (أي معالجة المعلومات التي تتضمنها الرسالة)، إرسال رسالة.

وإن كل رسالة يوجهها المسترشد (سواء أكانت لفظية أم غير لفظية) تعد منبهاً يتلقاه المرشد ويحلله، واستقبال الرسالة عملية غير ظاهرة، ويمكن أن يحدث إخفاق في استقبال كل الرسائل عندما يتوقف المرشد عن الانتباه. وعندما يتلقى المرشد الرسالة ينبغي تحليل مضمونها

بشكل من الأشكال (تشغيل المعلومات). أما العملية الثالثة فهي الرسائل المرسلة من قبل المرشد، وقد تشمل على الرسائل اللفظية وغير اللفظية.

3. إعادة الصياغة: Paraphrasing

ويقصد بها إعادة صياغة الجانب الخاص بمحتوى الرسالة والذي يصف موقفاً أو واقعة أو شخصاً أو فكرة، ويشتمل هذا الأسلوب على الخطوات التالية:

- استرجاع رسالة المسترشد بقولها لنفسك سراً.
- تعرف إلى محتوى الرسالة.
- اختر بداية مناسبة لإعادة الصياغة.
- ترجم المحتوى الرئيسي إلى كلماتك الخاصة ووجهها في صورة كلام للمسترشد.
- احكم على قاعلية صياغتك الجديدة عن طريق الإصغاء وملاحظة استجابة المسترشد.

4. عكس المشاعر: Reflection

وهو أيضا إعادة صياغة لكن لمشاعر المسترشد أو للجانب الوجداني من رسالته، وعادة فإن الجزء الخاص بالمشاعر يظهر من خلال محتوى رسالة المسترشد. وهناك ست مراحل لعكس المشاعر:

- الإصغاء لكلمات ومشاعر المسترشد.
- مراقبة السلوك غير اللفظي الذي يترافق مع الرسالة اللفظية.
- عكس المشاعر بصورة لفظية مرة أخرى للمسترشد باستخدام كلمات أخرى.
- بدء عبارة الانعكاس ببداية مناسبة، يستطيع المسترشد فهمها.
- إضافة الموقف الاجتماعي أو النفسي الذي تحدث فيه المشاعر.
- التعرف إلى مدى فاعلية عكس لمشاعر لدى المسترشد.

5. التلخيص: Summarizing

هو امتداد لإعادة الصياغة والانعكاس، ويشمل الربط بين جانبين مختلفين أو أكثر من جوانب الرسالة وإعادة صياغتها، وخطوات التلخيص هي:

- استرجع رسالة المسترشد سراً لنفسك.
- تعرف على الموضوعات في هذه الرسائل.
- اختر بداية مناسبة لعبارات التلخيص واستخدم فيها ضمير المخاطب (أنت)

- اختر الكلمات التي ستستخدمها في النص.

- قوّم استجابة التلخيص عن طريق الإصغاء للمسترشد وملاحظة موافقته أو إنكاره لما قلّت.

6. استجابات التصرف: Action Responses

أ. التساؤلات: تعدُّ الأسئلة جانباً مهماً في المقابلة وتتوقف فاعليتها على نوع السؤال ومدى تكرارية الأسئلة، وتوجيه الأسئلة يتوقف على مهارة المرشد " وقد نلاحظ أحياناً مع بعض المرشدين المبتدئين الذين يديرون مقابلاتهم على أنها سلسلة من الأسئلة، وهذه الطريقة تجعل المسترشد ينظر إلى المقابلة على أنها أسئلة وتحقيقات بدلاً من كونها بيئة تفهم " (الشناوي، 1996، 101).

وقيمة توجيه الأسئلة لا ينبغي أن تغري المرشد بأن يتوجه بالأسئلة إلى المسترشد بدون غاية محددة، أو أن يمطر المرشد بالعديد من الأسئلة المتلاحقة أو التساؤلات العشوائية التي لا يبدو أن وراءها خطة معينة، وهذه الأنماط من التساؤل تربك المسترشد وتشعره بالحيرة وقد تجعله يأخذ موقفاً دفاعياً وكأنه في تحقيق في قسم الشرطة، أو أن يأخذ موقفا عنيدا متحديا (كفافي، 1999 ، 62).

وهناك نوعان من الأسئلة:

أ- الأسئلة المفتوحة: وهي التي تبدأ بأدوات الاستفهام: ماذا، كيف، لماذا، وهي تسمح للمسترشد أن يجيب باستفاضة، ويصعب عليها الإجابة بنعم أو لا. لذا يتوجه بها المرشد في بداية المقابلة أو عندما يريد أن يعرف وجهة نظر المسترشد حول مسألة ما.

ب - الأسئلة المغلقة: وهي التي يمكن أن يجاب عليها "بنعم" أو "لا"، وتبدأ غالبا بـ " هل "وقد يجد المرشد أن توجيه مثل هذه الأسئلة مناسب للمسترشد الثرثار الذي يتنقل كثيراً من موضوع لآخر ويخرج في استجابته عن حدود السؤال.

ويلاحظ هنا، أن سؤال لماذا كثيراً ما يكون مزعجاً لبعض المسترشدين، ربما لأنه يضعهم في الجانب الدفاعي، وعلى المرشد أن يتمهل في مثل هذه الأسئلة ويوجهها في الوقت المناسب بعد أن يتأكد من الألفة بينه وبين مسترشده.

وهناك بعض الإرشادات في استخدام الأسئلة من قبل المرشد:

ـ استخدم الأسئلة التي تأتي من اهتمامات المسترشد والأمور الخاصة به وليست النابعة من فضول المرشد.

ـ إعطاء فرصة كافية للمسترشد لكي يجيب على السؤال.

ـ أن يكون السؤال محدداً وواضحاً وواحداً.

ـ تجنب أسئلة لماذا التي فيها هجوم والتي من الممكن أن تضع المسترشد في موضع دفاع.

ـ تجنب الاعتماد على الأسئلة كأنها الوسيلة الأولى للاستجابة في المقابلة.

7 ـ المواجهة البناءة لخبرات المسترشد.

وأهم شروطها :-

ـ لا تواجه شخصاً آخر إذا لم تكن قاصداً أن تزيد مشاركتك إياه في شيء ما.

ـ واجه فقط إذا كانت مشاعر الاهتمام موجودة لديك، ولا تواجه إن لم يكن لديك شعور بالاهتمام.

ـ واجه فقط إذا تجاوزت العلاقة المراحل الأولية من النمو أو إذا تم بناء الثقة الأساسية بشكل واضح.

ـ إذا كانت الشروط السابقة موجودة ولم يكن المسترشد مستعداً للتعامل مع المعلومات بشكل غير دفاعي فعندئذ سوف يجد المرشد نفسه أمام خيارين اثنين وهما: إما تجنب المواجهة،أو يساعد المسترشد كي يصبح مستعداً لاستعمال المعلومات حالما تقدم له.

وثمة ثلاثة خطوط عامة لتقديم المواجهة:

1- قدم المعلومات التي ستبنى عليها الاستنتاجات قبل بداية عملية الاستنتاج: إن سلوك المسترشد الذي سيكون الأساس لاستدلالات المرشد يجب أن يوصف بعبارات واضحة ومحددة وغير غامضة.

2- ميّز بين الملاحظات والاستنتاجات واجعل ذلك التمييز واضحاً لفظياً في الخطاب الموجه للمسترشد، ووضع الاستدلالات بشكل مؤقت أو فرضي.

3- استعمل الخطابات التي تبدأ بـ "أنا" في جميع مقولات المواجهة: لأن خطابات الأنا تتضمن استنتاجاتك ومشاعرك، أما خطابات (أنت) فتعزوها إلى المسترشد (ازنبرج وديلاني،1994، 155).

8. التفسير:

التفسير فنية تشتمل على تفهم وإعطاء معنى للمعلومات يتجاوز نطاق ما عبر عنه المسترشد . ويهدف التفسير إلى إيضاح ما ليس واضحا، وفهم وإفهام ما ليس مفهوماً . ومن خلال عبارات التفسير يمكن للمرشد أن يزود المسترشد بنظرة جديدة لنفسه أو توضيح جديد لاتجاهاته وسلوكه ومشاعره. وهذا التفسير يختلف حسب وجهة النظرية التي يتبناها المرشد؛ فالتفسير الذي ينطلق من نظرية آدلر يختلف عن التفسير الذي ينطلق من النظرية الإنسانية لروجرز مثلاً .

وعلى العموم تتضمن أشكال التفسير مايلي:

أ ـ **التفسير العام**: قد يشمل جميع البيانات ويؤدي عادة إلى تعميم يفيد في الدراسة الكلية للمسترشد .

ب ـ **التفسير الخاص**: يقتصر على بعض عبارات المسترشد أو بعض نتائج الاختبارات أو بعض الخبرات في حياة المسترشد .

ج ـ **التفسير الصامت**: وقد يحدث في عقل المرشد ولا يقوله للمسترشد . ويرى برامر وشوسترام 1982،Brammer&Shostram أن التفسير يشمل على إمداد المسترشد بالمعلومات بغرض فهم المعاني التي تتخلل سلوكياته، والذي يؤدي إلى الاستبصار لدى المسترشد في نفسه ومشكلته التي يعاني منها .

أ ـ الجلسة الأولى (نذكر هنا وفي الجلسات التالية حالة الوسواس القهري):

في هذه الجلسة سيشرح المرشد للمسترشد الفنية الإرشادية التي يستخدمها، وواجباته تجاه هذا الإرشاد ووظائفه، وعلى سبيل المثال يقول المرشد للمسترشد:

"إن الانفعالات التي تعيشها (مثل: القلق، والخوف) إنما هي نتيجة لخبرات سابقة مررنا بها مع بعض الناس أو بعض المواقف، وهذه الاستجابات الانفعالية قد تؤدي في أغلب الأحيان إلى مشاعر القلق والتوتر، وهي مشاعر غير ملائمة، وأن لديك مجموعة من العادات تعرف بأعراض الوسواس القهري، وهي عادات تتعلق بالتفكير والتصرف، وهي غير سارة على الإطلاق، ومضيعة للوقت والجهد، ومن الصعب التخلص منها بمفردك. هذه العادات تتضمن عادة أفكاراً وخيالات أو اندفاعات تتبادر إلى عقلك، مع أنك لا ترغب فيها، بالإضافة إلى هذه الأفكار لديك مشاعر غير مرغوب فيها كالقلق والضغط الشديد ودوافع قوية أيضاً لأن تفعل

شيئاً لتخفيف هذا الضغط، وفي محاولة التخلص من القلق يقوم بعض الناس بسلوكيات أو أفكار تسمى "بالطقوس" التي لا تفيد في التخلص من تلك الوساوس والضغوط".

والعلاج الذي سوف نتبناه معك يسمى "بالتعرض ومنع الاستجابة"، وهو مصمم لكسر نوعين من الارتباطات:

الارتباط الأول: بين مشاعر القلق والأشياء والمواقف والأفكار التي تسبب لك هذا الضغط.

الارتباط الثاني: بين ممارسة السلوك القهري والشعور بانخفاض القلق أو الشعور بالضغط.

لذلك، فالأسلوب الذي سنتبعه لتحقيق ذلك يعرف باسم: التعرض المكثف ومنع الاستجابة، والذي يتكون من أربع مراحل:

1. جمع المعلومات: وقد ناقشنا هذه المعلومات في الجلسات السابقة ولا حاجة لتكرارها مرة ثانية.
2. التعرض المكثف ومنع الاستجابة.
3. المتابعة المنزلية.
4. مرحلة التدعيم والمتابعة.

وفي نهاية هذه الجلسة قد يطلب المرشد من المسترشد أن يحدد عدد المرات التي ينغمس فيها بتكرار غسل اليدين في اليوم، وفي الأسبوع، والأفكار التي يفكر فيها قبل القيام بذلك الفعل، ويسجل هذه البيانات في استمارة خاصة. ومثال ذلك كما يوضحه الجدول التالي للمراقبة الذاتية لممارسة غسل اليدين:

الوقت	النشاط أو الفكرة التي تستثير الفعل القهري	درجة عدم الشعور بالراحة (صفر-100)	عدد الدقائق المستغرقة في الفعل	
			دقائق	ساعات

ب ـ الجلسة الثانية وحتى السادسة:

ترتيب الأفكار والوساوس القهرية التي سجلها المسترشد في الأسبوع الماضي في كراسته والناتجة عن المراقبة الذاتية لتصرفاته وأفكاره التي تثير لديه عدم الارتياح وتحثه على ممارسة الفعل القهري. وتسير هذه الجلسة على النحو التالي:

ـ ترتيب هذه العناصر هرمياً بشكل تصاعدي وفقاً لمستويات استثارتها لمشاعر الضيق والقلق.

ـ أن يتم التعرض للبند الأشد إزعاجاً للمسترشد وبالتدريج إلى البنود الأقل إزعاجاً.

وهنا، يتأكد المرشد من إتقان المسترشد للاسترخاء العضلي والاسترخاء الذهني التصوري، وفي الجزء الثاني من الجلسة (30 دقيقة المتبقية) يحاول بناء مدرج قلق للمثيرات التي تدفعه للقيام بالفعل القهري (غسل اليدين).

وقد كانت فكرة القلق الأساسية عند المسترشد: هي أن القذارة منتشرة في كل مكان، وهو يبني ذلك على أساس قاعدة فيزيائية وهي: إن كل إنسان يحمل ذرات ويترك آلاف الذرات في كل مكان يلمسه فيأتي الآخر ويأخذ ذراته، وهذه الذرات تحمل آلاف الجراثيم. (هذه الفكرة الأساسية أدت لأفكار عديدة) وبعد عرض عدة مثيرات على المسترشد القيام باختيار المدرج الذي يثير قلقه بالترتيب الذي يشعره هو بدءاً من أكثر المثيرات قلقاً وتأثيراً وإثارة لاشمئزازه وانتهاءً بأخفها تأثيراً.

بعد ذلك يرتب المرشد هذه المثيرات وفق تدرج يمتد (بين صفر وحتى 100) بمعدل (10) لكل مدرج، بعد أن تم شرح هذا للمسترشد وبالاتفاق معه، كما هو موضح في الآتي:

م	المهارات	الدرجة
1-	لمس الجدار أو تخيل لمسه وهو قذر.	(0)
2-	لمس الإصبع للشفاه أو لمنطقة الفم.	(10)
3-	انتقال الجراثيم من أشياء الآخرين لأشيائي عندما يضعوها بقربها.	(20)
4-	مسك أشياء الآخرين (أقلامهم ـ محفظتهم).	(30)
5-	السير حافياً على فرش المنزل أو لمسه.	(40)
6-	المشي حافياً على أرض المنزل.	(50)
7-	لمس أزرار الكهرباء بالمنزل (الغرف).	(60)

8-	المشي حافياً على الأرض بمنطقة قرب التواليت.	(70)
9-	لمس زر الكهرباء بجانب المغسلة أو التواليت.	(80)
10-	مسك صنبور الماء في مغسلة التواليت.	(90)
11-	مسك صنبور الماء في التواليت أو أي شيء فيه.	(100)

وهنا، يراقب المرشد تعابير وجه المسترشد وحركة جسده للتأكد من أن تدرج المثيرات مقبول وصحيح، وترك الإثبات للتطبيق في الجلسة اللاحقة.

ج ـ الجلسة السابعة وحتى الجلسة الخامسة عشرة:

ـ التركيز على جوانب الموقف التي تثير أكثر درجات الشعور بعدم الراحة والقلق.

ويحدث في هذه الجلسات مايلي:

الآن، بعد أن توصلت إلى تعلم لاسترخاء العضلي، تذكر معي أنك في الجلسة الماضية، قد قمت بالمهارات التالية:

م	المهارات	الزمن
1	ـ لمست الجدار ومسحته بأصابع يديك العشرة.	(10 ثوان)
2	ـ لمست شفاهك ووضعت إصبعك عليها.	(10 ثوان)
3	ـ أخذت كتابك من بين كتب أصدقائك.	(10 ثوان)
4	ـ ومسكت كتاب صديقك وقلبته مراراً وتكراراً.	(10 ثوان)

والآن، تخيل نفسك داخلاً من باب المنزل متجهاً إلى غرف الجلوس وتلمس الطاولات بها، حاول أن تضرب الكنبة بيديك، وراقب تلاشي الغبار عنها... ثم أذهب إلى غرفة أخيك وتلمس سريره ورتبه بيدك، لا تغسل يديك لمدة نصف ساعة،جرب ماذا يحدث. تأكد أنه لن يحدث لك أي شيء، لأن والدتك ووالدتي دائماً ترتب المنزل وتنظفه وتستمر لساعات طويلة دون أن تغسل يديها ولم تصب بأذى... للمرة الثانية... الثالثة... الرابعة...

والآن، عليك أن تتخيل نفسك تتمشى حافياً بقدميك على رمل الشاطئ الواسع... تبللها بمياه البحر ثم تعود... وتتمشى وسط الغابة المجاورة حافياً... جلدك يلمس هذه الأرض المليئة بالتراب... وبقايا الأشجار... بعد أن تعود من هذه الرحلة.. عدّ إلى منزلك، وجُبْ أرجائه حافياً تتنقل بين الغرف جميعها.. ثم اذهب إلى المطبخ وتناول كأساً من الماء... ثم عد لغرفتك... وتخيل (10 ثوان) ماذا حصل لهاتين القدمين؟

وتذكر أن الطفل الصغير عندما يحبو على الأرض يحبو بقدميه ويديه، ويجوب المنزل بأرجائه وحتى حديقة المنزل ولا يؤذيه هذا التنقل بل ينقله لمرحلة نمو مهمة.

بعد أن تلمس فرش المنزل بيديك تخيل أنك أيضاً دخلت لكل الغرف وأضأت الأضواء بها بلمس الأزرار كلها دون أن تستخدم أي منديل أو شيء آخر.. واخرج من الغرف، بعد أن تطفئ الضوء وتغلق الأبواب بيديك.. يديك القويتين القادرتين على تحمل كل هذه الأشياء واستقبالها بأمان (10 ثوان) للمرة الثانية... الثالثة... الرابعة..

"تذكر أنك قلدت الطفل الصغير الذي لم يصب بأذى حافياً بأرجاء المنزل، تخيل الآن أن هذا الطفل وصل بحبوه إلى المنطقة المجاورة لدورة المياه، حيث توجد دورة المياه والمغسلة الملحقة به. تخيل أنك أنت الآن تدهس بقدمين حافيتين فوق هذه المنطقة ماذا يحدث لو تركت قدميك لمدة عشر دقائق ثم غسلتها مرة واحدة. ماذا يحدث لو لم تكرر الغسل خمس مرات؟ فالغسل مرة واحدة يكفي لإزالة الأثر، وإلا كانت الأم تغسل الطفل عدة مرات في اليوم الواحد، لكن الواقع يقول: إنها تغسل له يديه وقدميه لمرة واحدة... وهو يستمر دون أن يصاب بالأذى." (10 ثوان صمت).

تخيل للمرة الثانية، الثالثة، الرابعة ثم يراجع المرشد مع المسترشد الواجبات المنزلية، ويطلب منه الحضور إلى نفس المكان لإجراء جلسة أخرى بعد ثلاثة أيام.

الجلسة الخامسة عشر:

يذكر المرشد للمسترشد بعد أن يكون الثاني مسترخياً في المواقف التي تخيلها بهدوء وينتقل من آخر مدرج وصلا إليه في الجلسة السابقة ليبدأ بالتالي منه:

"بعد أن وقفت أمام المغسلة في المنطقة المجاورة لدورة المياه بقدمين حافيتين ولم تتعرض لأذى، تخيل أنك تشغل الضوء وتلمس الزر دون استخدام المنديل أو المشط أو أي شيء آخر. أعد إشعاله وإطفاءه كثيراً... وفكر بأن أسلوبك القديم هو الخاطئ وهو أكثر تعريضاً لحياتك بالخطر... فالماء والكهرباء (بعد أن تغسل الزر لتشغل الضوء) خطران عليك والماء ناقل للكهرباء.. فقارن بين أن تلمس الزر بيديك وتغسلها فيما بعد مرة واحدة بالصابون وتتخلص من الجراثيم التي تعتقد أنك ستحملها باللمس له، أم أنك تغسل زر الكهرباء وتتعرض للماس الكهربائي". تخيل للمرة الثانية والثالثة والرابعة.

" بعد أن لمست الزر بقرب المغسلة ولم تتعرض لأذى حاول الآن أن تلمس صنبور الماء على المغسلة.. وأمسكه دون أن تغسله بمواد التنظيف.. يرفع المسترشد إصبعه، حاول أن تلمس بأريحية أكبر دون تقزز واشمئزاز لأنك ستغسل يديك، وقد اقتنعت أن غسل اليدين لمرة واحدة كافٍ وكفيل لتنظيفها ويغني عن استخدام الكحول، لأن الآخرين لا يتعرضون للأذى ومع ذلك يفعلون ما قمت بفعله دون استخدام الكحول.. (10 ثوان صمت)، حاول أكثر للمرة الثانية، والثالثة، والرابعة.

بعد أن تخيلت كل المواقف السابقة وجربتها وحللتها وعرفت صحة الأفكار وكذبت الخاطئ والخادع منها تخيل ما لم تستطع تخيله من قبل، تخيل بعد أن بنيت قناعاتك أنك تلمس صنبور الماء في دورة المياه.. تلمسه بيديك وامسك الخرطوم من كل جهاته نقل السلة الموجود فيه في كل الأماكن والزوايا ابدأ بلمس جداره من الأعلى للأسفل... وابق عشر دقائق... وراقب ماذا يحدث... لن يحدث شيء... ثم اغسل يديك بالصابون فقط لمرة واحدة فقط (10 ثوان صمت)، مظاهر عدم راحة رفع أصبعه.

عدْ إلى حالة الاسترخاء التي كنت بها... تخيل الطبيعة بما فيها من تناقضات.. (10 ثوان) عد لتخيل ما تخيلته قبل قليل للمرة الثانية.. الثالثة.. الرابعة.. مراجعة الواجبات المنزلية وتصفحها.. وملاحظة تناقص المرات المسجلة لمحاولة إيقاف الفكرة.

6. القياس البعدي: Post Test

هدفه: تقييم التقدم الحاصل لدى المسترشد نتيجة للتدخل الإرشادي، وهنا يستخدم المرشد المقاييس الخاصة بالوساوس القهرية والاختبارات الأخرى كالقلق والضغوط النفسية، وقدرة تحمل الفرد للإحباط التي استخدمها في مرحلة القياس القبلي، إضافة إلى التقارير اللفظية التي يستقيها من المسترشد نفسه ومن الآخرين المحيطين به. وبعد ذلك يعرض المرشد فيها على المسترشد كل المدرج الذي تم تشكيله في السابق بسرعة أكبر وبفواصل أقل للتأكد من زوال أي أثر للقلق.

7. إنهاء البرنامج الإرشادي: Termination

أشرنا في حديثنا عن زمن العملية الإرشادية إلى أنه لا يوجد هناك زمن محدد، فقد تنتهي بجلسة واحدة، وقد تستغرق عدة جلسات تمتد لعدة شهور، ويتوقف زمن إنهاء العملية

الإرشادية على: نوع المشكلة، ورغبة المسترشد في الإرشاد، وشخصية المرشد، والأساليب المستخدمة، وانتهاء العام الدراسي إذا كان المسترشد طالباً في مدرسة، أو انتقاله من مدرسة لأخرى، أو انتقال المرشد من مدرسة لأخرى. أي أن العملية الإرشادية قد تقصر وقد تطول، ومهما طالت إلاّ أنها تبقى عملية مؤطرة بزمن محدد.

وهناك ميل طبيعي للشعور بالضياع، والعزلة عندما يشعر المسترشد بقرب انتهاء البرنامج الإرشادي، وعندما تنتهي العملية لا يستطيع المرشد التعامل مع هذه المشاعر بمجرد الابتعاد عنها وتحاشيها، بل يجب عليه أن يتعامل مع عملية إنهاء الإرشاد بحيث يشعر المسترشد أنه مستقل عنه، وأنه بإمكانه الابتعاد عنه.

ويتحدد إنهاء التدخل الإرشادي بتحقيق الأهداف العامة والخاصة للبرنامج الإرشادي والاطمئنان في الوصول إلى السلوك المستهدف، وشعور المسترشد وقدرته على التوافق النفسي والاجتماعي المناسب في حياته اليومية. ورغم ذلك، فإن عملية إنهاء التدخل الإرشادي الذي يمارسه المرشد مع المسترشد ليس بالأمر الهين، ولكنه مُحاط بالعديد من المشكلات لكليهما، ومن أهمها:

1 ـ الاتكالية المفرطة من جانب المسترشد على المرشد، حيث يعتقد المسترشد بأن المرشد قادر على حل مشكلاته دون أن يبدي أي رغبة في تقديم المعلومات الضرورية للمرشد.

2 ـ عندما يدّرك المرشد أن المشكلة المسترشد بعد تشخيصها تقع خارج حدود خبراته المهنية. فقد تكون للمشكلة أسبابها العضوية، وهذا يستدعي من المرشد الذي يلتزم بالقواعد الأخلاقية للمهنة، وذلك بتحويله إلى متخصص آخر لديه خبرة ودراية جيدة بالمشكلة التي يعاني منها المسترشد.

3 ـ عندما يحاول المرشد والمسترشد تحقيق هدف أساسي في العملية الإرشادية، ولكنه لا يتحقق بجميع الوسائل حتى لو حاول المرشد استبدال هذا الهدف بهدف ثانوي وجعله مركز العملية الإرشادية، ولكنه لا يتفق مع أخلاق المرشد والمسترشد من جهة ومع الظروف البيئية من جهة أخرى.

4ـ بالرغم من أن العملية الإرشادية حققت أهدافها، فإن بعض المسترشدين لا يرغبون إنهاءها نتيجة للعلاقة القوية بينهما، لدرجة يطلب المسترشد أن تبقى مستمرة، وكلما حاول

المرشد إخبار المسترشد بإنهاء العملية لإرشادية، يحاول المسترشد عدم إيقاف هذا الإنهاء. ويتجلى ذلك من خلال:

أ ـ الطلب من المرشد أن تبقى العلاقة بينهما مستمرة بوصفها علاقة اجتماعية.

ب ـ الطلب من المرشد استمرار العملية الإرشادية بهدف الحصول على مكاسب ثانوية، وتسمى هذه الحالة "بالمسترشد المتمسك بالمرض"، كحالة الجندي الذي لا يود الالتحاق بالخدمة العسكرية.

ج ـ ظهور أعراض مرضية بعد أن تكون قد زالت في الجلسات السابقة.

د ـ يطرح المسترشد بعض المشكلات الثانوية ويعدها جوهرية ويطلب من المرشد مساعدته على حلها، وكلما حاول التصدي لها قدم المسترشد مجموعة من المشكلات الجديدة.

أما الحالات التي يطلب المسترشد من المرشد إنهاء العملية الإرشادية فهي:

1ـ يحدث الإنهاء من جانب المسترشد عندما يقتنع بأن المرشد لا يعتبر مصدراً ذا قيمة في مساعدته على التخلص من الشكوى التي جاء من أجلها إليه، ويحدث هذا في أية مرحلة من مراحل العملية الإرشادية، وقد يعبر المسترشد عن ذلك صراحة أو من خلال تصرفاته في الجلسة الإرشادية، كحالات الصمت وعدم الاستجابة للمرشد أو عدم حضوره لجلسات الإرشاد بصورة منتظمة.

2ـ طلب المسترشد من المرشد بعد مضي وقت قصير للعملية الإرشادية (جلسة أو جلستان) أن الهدف من الإرشاد قد تحقق وأن مشكلته قد وجدت حلاً لمجرد اختفاء الأعراض بعد جلسة من التنفيس الانفعالي، وأن لديه آمالاً في الوصول إلى أهدافه الأخرى بالاعتماد على جهوده الذاتية، وتحدث هذه الحالة عند المسترشدين الذين يحالون إلى الإرشاد كرهاً وليس طواعية.

3ـ إن إنهاء العملية الإرشادية يتوقف على العلاقة القائمة بين المرشد والمسترشد، فإذا كان التوتر وعدم الانسجام يكتنف هذه العلاقة التوتر وعدم الانسجام بينهما، فإن الأمر سيؤدي إلى نهاية العملية منذ الجلسات الأولى نتيجة لعدم تعاون المسترشد مع المرشد، والذي يتجلى ذلك في الأساليب الدفاعية التي يستخدمها المسترشد كعدم رغبته في الحديث عن خبراته التي تشكل له مصدر توتر وألم (وتسمى هذه الحالة بالمسترشد المقاوم Resisdant Clients).

4ـ عندما يكون الإرشاد مدفوع الأجر ولا يستطيع المسترشد الاستمرار في العلاج للتكاليف المادية الباهظة.

5ـ عندما يصر المسترشد على إتباع أسلوب إرشادي معين بعد أن سمع عن فوائده في علاج المرضى الذين يشبهون حالته، ويطلب من المرشد استخدام هذا الأسلوب. وفي هذه الحالة ينهي المرشد العملية الإرشادية، ويترك الأمر مفتوحاً للمسترشد لكي يأخذ قرارا، إما بالاستمرار في الخطة العلاجية المتفق عليها في العقد الإرشادي، وإما بالبحث عن مصدر آخر.

6ـ عندما تكون العملية الإرشادية معوقة للعمل الوظيفي للمسترشد الذي سوف يخسر الكثير من الحوافز والمكافآت المادية أو الترقية في العمل إذا تغيب كثيراً عن عمله بسبب العلاج أو الإرشاد.

7ـ عندما يشعر بعدم الجدوى من العملية الإرشادية، وأن حالته وصلت إلى طريق مسدود.

8ـ وقد ينهي المسترشد العملية الإرشادية نتيجة لمعايشته للألم نتيجة لاضطراره مواجهة المزيد من التغير في شخصيته أو سلوكه وسلوكه المعتاد.

وقد ينهي المرشد النفسي العملية الإرشادية مع المسترشد، وذلك للأسباب التالية:

أـ عندما يشعر المرشد بأن أهداف الإرشاد قد تحققت، وذلك من خلال المقاييس الكمية والكيفية التي يجيب عنها المسترشد.

ب ـ إنهاء العملية الإرشادية من قبل المرشد بناء على الخطة المرسومة في بداية البرنامج، فإذا أنجزت الخطة بوقتها وجلساتها، عندئذ ينهي المرشد العملية الإرشادي، لكن لهذا الإنهاء عيوبه ومخاطره، منها أن يكون المسترشد غير مستعد لإنهاء العلاقة الإرشادية.

ولكي ينهي المرشد العملية الإرشادية، فإن عليه أن يتحقق أولاً من الهدف الذي أعده للمسترشد قد تم إنجازه، وأن السلوك المستهدف قد تحقق فعلاً. أما الأمر الثاني الذي يأخذه في الاعتبار فهو أن تكون عملية الإنهاء تدريجية وليست شيئاً مفاجئاً للمسترشد، وإنما يمهد المرشد لذلك بالأساليب العلمية المناسبة.

وقد تحدث "برامر وشوستروم" 1977،Brammer &Shostrom عن الخطوات العلمية لإنهاء العملية الإرشادية التي يمكن أن نلخصها في الآتي:

1 ـ قيام المرشد بالتهيئة اللفظية المناسبة لإنهاء العملية الإرشادية، وخصوصاً في الجلسات الأخيرة.

2ـ قيام المرشد النفسي بإنهاء عملية الإرشاد إذا كانت جماعية عندما يتأكد أن معظم أهداف الإرشاد قد تحققت لمعظم أعضاء الجماعة، وإذا أدرك أن ثمة بعض الأعضاء لم يصلوا إلى الهدف المنشود يطلب منهم اختيار الحل المناسب لهم سواء من خلال جلسات إرشاد فردية أو الانضمام إلى جماعة إرشادية أخرى تعالج المشكلة نفسها.

3ـ أن يترك الباب مفتوحاً للدراسة التتبعية، وأنه يستطيع أن يعود إليه في أي وقت يشعر المسترشد فيه بالحاجة إلى الاستشارة النفسية. (انظر الشناوي: 1996، 508) و(زهران: 1994، 276)، (عمر: 1999، 240).

وقد يتبع المرشد النفسي أسلوباً سهلاً لإنهاء عملية الإرشاد، وهو مراجعة وتلخيص ما حدث من تغيرات في سلوك المسترشد نتيجة للتدخل الإرشادي، ونقل هذه المشاعر التي تولدت عنده نحو المسترشد، لأن ذلك يسهل على المسترشد مشاركة مشاعره والتعبير عن شكره وتقديره للمرشد، وخصوصاً إذا كانت المشاعر إيجابية. وحالما يحدث ذلك يكون الإنهاء الرسمي للعملية الإرشادية أكثر سهولة.

هذا بالنسبة إلى إنهاء المرشد العملية الإرشادية بطريقة موضوعية. أما أنه قد ينهيها بطريقة تعسفية منذ الجلسات الأولى من العملية، وذلك عندما لا يكون لدى المرشد الدافعية والإبداع، ولديه تصور سلبي مسبق عن المسترشد وحالته،وإذا كانت هناك فجوة اجتماعية بينه وبين المسترشد، وأخيراً عندما يشعر بعدم الأمان وبعدم الثقة في النفس.

7ـ قياس مستوى التحسن: Progress

بعد أن يقوم المرشد بكل الخطوات التنفيذية للبرنامج، لا بد له من قياس التحسن أو الأثر الذي أحدثه البرنامج الإرشادي في شخصية المسترشد وسلوكياته وأفكاره ومشاعره بشكل كامل، كذلك توافقه مع ذاته ومتطلبات حياته اليومية. وغالباً ما يتم ذلك باستخدام المقاييس السيكومترية المستخدمة في البرنامج، كالتحسن في مفهوم الذات، والقلق النفسي، وتقدير الذات، وانخفاض السلوك العدواني بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي، بمعنى حدوث تحسن في درجات المسترشد على المقاييس المستخدمة بالمقارنة مع درجاته في القياس القبلي. وفي ضوء نتائج القياس البعدي الإيجابية يعزو المرشد هذا التحسن للبرنامج الإرشادي، وعندئذ يصرح بأن البرنامج أحدث أثراً إيجابياً في شخصية المسترشد، والعملية الإرشادية بناء على

ذلك أعطت نتائج إيجابية لدى المسترشد . ولكن لهذا الإجراء عيوبه، فهو يعتمد على معرفة مستوى التحسن لدى المسترشد في ضوء الدلالة الإحصائية للفروق بين التطبيقين القبلي والبعدي.

أما لو استطاع المرشد النفسي أن يأخذ في الاعتبار مسألة حجم التأثير الذي حدث في شخصية المسترشد كما يعبر عنها فعلاً أو كما يلاحظ على سلوكه من تحسن مقارناً بسلوكه قبل التدخل الإرشادي، أو خلال المقابلات التي يجريها المرشد مع الأفراد المحيطين بالمسترشد ، كالأب والأم والمعلم والأصدقاء أو من خلال رأي الخبراء والمتخصصين في مستوى التحسن لدى المسترشد . وإذا كانت مراحل الإرشاد أو العلاج مسجلة بالفيديو ، بدلاً من الاعتماد على التحقق من فاعلية البرنامج الإرشادي بالتعرف على الفروق بين المجموعة التجريبية والضابطة، فإن هذا الإجراء يكون أكثر صدقاً ودلالة على المستوى الكيفي في الحكم على نجاعة البرنامج الإرشادي وخصوصاً إذا استُخدم مع النموذج الإحصائي الدال بين المجموعتين، لأن هذا القياس يستخدم موجهاً أساسياً ومكملاً للدلالة التي تكون نتائجه مضللة في كثير من الحالات.

ونخلص من ذلك إلى وجود ثلاثة محكّات للحكم على مدى التحسن في سلوك المسترشد نتيجة للتدخل الإرشادي كما ذكرها علماء الصحة النفسية، يمكن تبيانها في الآتي:

1. المحك ذاتي المرجع: وهو حكم المسترشد على نفسه، ويستخدم في ذلك كما أشرنا آنفاً المقابلات الإكلينيكية، والاختبارات النفسية التي تعتمد على التقارير الذاتية كمقياس القلق (ط1 ، وط2) لسبيلبيرجر ، واختبار قلق الإدمان لـ فيصل الزراد (2003)، أو التقارير التي يحكم فيها المسترشد على نفسه مثل: اختبار السمات ومفهوم الذات، وأسلوب Q)) الذي يعني في أساسه طريقة لدراسة منظمة لأفكار الشخص عن نفسه الذي ابتدعه العالم الانكليزي "وليام ستيفنسون وروجرز في قياس التغيرات الحاصلة في مفهوم الذات لدى المسترشد أثناء العملية الإرشادية، حيث يعطي المسترشد مجموعة من الصفات ويطلب منه أن يصنفها على حسب توزيع أعد سلفاً طبقاً لمتصل يبدأ بالصفات التي يرى المسترشد أنها أدق الصفات انطباقاً عليه، وينتهي بالصفات التي يراها لا تصفه على الإطلاق.

2. المحك الجماعيّ المرجع: أي حكم المحيطين على المسترشد .

3. المحك محكي المرجع: هو محك المتخصصين في الإرشاد والعلاج النفسي والطب النفسي، وهذا المحك مهم جداً من حيث إنه يكشف في أحيان غير قليلة عن ثغرات قد يعجز المعالج الأول والثاني عن كشفهما (هول وليندزي،1978، 628).

ومن هنا، يستخدم المهتمون في مجال الصحة النفسية والعلاج النفسي في هذا المجال مصطلح التقويم الدينامي Dynamic Assessment لقياس الأثر الذي يحدثه البرنامج الإرشادي في شخصية المسترشد، وهذا الإجراء له فوائده العديدة لكل من المرشد والمسترشد، وكذلك للأهل والخبراء في معرفة التغيرات الحاصلة لدى المسترشد في المواقف الحياتية وليست في المواقف التجريبية كما هو مبين في القياس السيكومتري.

8. المتغيرات التي تحد من مستوى التحسن:

وبالرغم من الدقة التي يتبعها المرشد في قياس الأثر الذي يحدثه البرنامج في تعديل سلوك المسترشد، إلاّ أن هناك مجموعة من المتغيرات التي تؤثر على نجاح البرنامج الإرشادي، وأهم هذه المتغيرات، هي التالية:

أولاً- المتغيرات المتعلقة بالمسترشد: وتتمثل هذه المتغيرات في:-

أ - طبيعة الاضطراب:

أسفرت العديد من الدراسات الإرشادية التي استخدمت أساليب علاجية معينة عن نتائج موثوق بها في معالجة بعض الاضطرابات النفسية كالقلق والخوف على سبيل المثال، ولكن هذه الأساليب لا يمكن أن تكون ناجحة بالنسبة لجميع المسترشدين، لأن هناك عوامل دخيلة قد تلعب دوراً في إظهار عدم كفاءة هذه الأساليب في معالجة هذا الاضطراب عند جميع المرضى. فقد ينجح الأسلوب السلوكي في علاج الأطفال أكثر من نجاح الأسلوب المعرفي، وقد ينجح الأسلوب المعرفي مع شخص ما ولا ينجح مع شخص آخر، وكذلك إذا نظرنا إلى العلاج الجماعي، فقد نجد أن بعض أفراد المجموعة يؤثرون هذا اللون من العلاج بينما لا يحبذه أفراد آخرين في المجموعة. وعندما يعلّن المرشد أو المعالج النفسي أن فعّالية الأسلوب الإرشادي الذي استخدمه قد أحرز نجاحاً مع المجموعة الإرشادية من خلال ما أظهرته المتوسطات الحسابية لهذه المجموعة مقارنة بالمجموعة الضابطة. لكنه في الواقع الأمر، قد يكون المرشد واقعاً في خطأ جسيم وتعميم خاطئ، على اعتبار أن بعض أفراد المجموعة قد استفادوا من هذا الأسلوب،

بينما البعض الآخر لم يستفيدوا منه مطلقاً، بل على العكس ربما قد يحصل عند بعضهم انتكاس وزيادة في حدة المشكلة.

ب ـ استجابة المسترشد نحو المرشد:

إن ردود فعل المسترشد نحو المرشد تمثل في الواقع آلية التعامل معه. مثل هذه المشاعر والاتجاهات تسقط على المعالج حتى قبل أن يبدأ المسترشد جلسته. فالمسترشد في الغالب قبل القدوم إلى المرشد يكون لديه انطباعاً عن المعالج وآلية العلاج، والأسئلة التي سوف يطرحها على المرشد قد يأخذ انطباعاً إيجابياً أو سلبياً عن المرشد، والتي يمكن أن تؤثر على سير عملية الإرشاد والنتائج التي سوف تنتهي إليها. كما أن نظرة المسترشد إلى أسلوب المرشد في أثناء الجلسات الإرشادية كالأسلوب التسلطي، أو الأسلوب الإقناعي، أو المحابي تترك أثراً لدى المسترشد حول كيفية التعامل معه. وهذه التصورات تتغلل في نظام معتقدات المسترشد، وبالتالي تؤثر على فاعلية الإرشاد.

ج ـ استجابات المسترشد نحو أساليب الإرشاد:

يأتي المسترشد إلى الإرشاد وفي ذهنه أسلوباً إرشادياً أو علاجياً مفضلاً لديه، كان قد جربه مع مرشد آخر، أوقد سمع عن هذه الأسلوب وفاعليته في علاج مشكلته من الآخرين أو وسائل الإعلام. فقد ينظر بعض المسترشدين على التنويم المغناطيس بأنه الأسلوب الشافي لكل الأسقام والعلل النفسي، بينما يعتبر بعضهم الآخر أن العلاج بالتحليل النفسي له أخطاره على المدى البعيد. ومثال ذلك حالة (أ، ح) جاءت إلى المؤلف تريد العلاج، وعندما بدأ معه الباحث في فحص مشكلته وتشخيصها، وكانت حالة من الاكتئاب الوجداني ثنائي القطب. وقد وضع المؤلف خطة علاجية قائمة على العلاج المعرفي السلوكي، طلبت الحالة أن يتم علاجه عن طريق التنويم المغناطيسي، والعلاج بالطاقة الحيوية التي كان يتلقى هذا اللون من العلاج عند معالج آخر. وقد استجاب الباحث لرغبات المسترشد في نهاية الأمر.

وعلى العموم، فإذا كان العلاج هو نوع من إعادة التعلم لدى المسترشد، فعلى المرشد أن يأخذ في اعتباره ما يدور في ذهن المسترشد من أفكار عن أساليب الإرشاد المستخدمة هذا من جانب، ومن جانب آخر عليه أن يأخذ خصائص شخصية المسترشد وخلفيته الثقافية، وطبيعة الاضطراب عند استخدامه لأسلوب من أساليب الإرشاد. فعلى سبيل المثال تتطلب الشخصية الهستيرية مزاجاً من جانب المرشد يختلف عما هم مطلوب في حالة الشخصية الوسواسية، وهذه

التفرقة تضع في الاعتبار أن بعض الأنماط الإرشادية قد ترتبط بأنماط شخصية معينة. من هنا فإن الأسلوب غير المتفق مع سمات وخصائص شخصية المسترشد وثقافته قد لا يفيد كثيراً في تحسن حالة لديه بالمقارنة مع أسلوب قد يستخدمه المرشد ويكون متفقاً مع خصائص المرشد وطبيعة الاضطراب الذي يعاني منه.

د ـ الرغبة في التحسن والتغير:

هناك عامل آخر لا يقل أهمية عن العوامل الأخرى، وهو استعداد المسترشد ورغبته في التغير، فقد يأتي إلى الإرشاد أفراداً بدرجات مختلفة من الاستعداد لمواصلة العلاج، بعضهم قد يأتي وفي ذهنه فكرة أنه يحتاج فقط إلى مساعدة قليلة لكي يحرز النجاح في حل مشكلته، والبعض الآخر قد يأتي إلى الإرشاد ولم يعد نفسه للعلاج، ويطلب من المرشد أن يقوم بكل شيء. فقد يعتقد المرشد أن مشكلة المسترشد بسيطة ولا تحتاج إلا لجلستين أو ثلاث جلسات، ولكنه يكشف في النهاية أنه لم يتحسن إطلاقاً، والبعض الآخر يطلب إرشاده وقتاً طويلاً حتى يحرز النجاح، ولكنه يكتشف أنه خلال جلسات معدودة استطاع التخلص من مشكلته. وبالبحث عن الأسباب الخفية وراء إحراز التقدم لدى مسترشد وعدم إحرازه لدى الآخر يكتشف المرشد أن رغبة كل منهما واستعدادهما لتلقي العلاج كانت متباينة. من هذا يمكن القول: إن استعداد المسترشد ورغبته في تلقي الإرشاد والاستمرار فيه لنهايته يكون أكثر العوامل المسؤولة عن مدى سرعة التقدم الذي يحصل عليه المسترشد من فائدة في تغيير حالته النفسية والسلوكية والوجدانية من العملية الإرشادية.

هـ مجالات الاهتمام والتركيز على مشكلة المسترشد:

يدخل المسترشد إلى الإرشاد وفي ذهنه اعتقاداً بأن مشكلته تتمحور في العلاقة السيئة بينه وبين أفراد أسرته، ويطلب من المرشد أن يبوح بمكنوناته وخبراته عن هذه المشكلة التي تضايقه وتقلقه وتسبب له الاكتئاب الشديد. لكن المرشد بطبيعة عمله يبدأ بطرح أسئلة على المسترشد تتناول مجالات واهتمامات خارج حدود توقع المسترشد، وفي كل مرة يطلب من المرشد أن يركز على مشكلته الأسرية، لكنه يتناول قضايا لا تمس هذا الجانب. وتكون النتيجة أن يرفض المسترشد التعامل مع المرشد والانسحاب كلياً من الإرشاد، وبالتالي لا يحصل على الفائدة المطلوبة من الإرشاد.

وحتى يعطي الإرشاد نتائج إيجابية بالنسبة للمسترشد، فإن اختيار المسترشد للمجال المطلوب التركيز عليه أثناء عملية الإرشاد النفسي أمر يساعد المرشد في إحراز تقدم إيجابي لدى المسترشد، لكن أن يدفع المرشد المسترشد إلى التركيز على أمور وأعراض ومواقف حياتية ضاغطة لا يفهمها المسترشد أو غير مهيأ لقبولها، وتصميمه على التصدي لها، سوف يؤدي ذلك إلى نتائج سلبية للمسترشد.

ثانياً- خصائص المرشد أو المعالج: وتتمثل تلك الخصائص في الآتي:

أ - العوامل الشخصية: أظهرت العديد من الدراسات العلمية في مجال الإرشاد النفسي أن شخصية المرشد وخصائصه النفسية وأسلوب التعامل مع مشكلات المسترشد قد تفوق في كثير من الأحيان الأساليب العلاجية التي يستخدمها (رفاعي: 1982). كما أن المعالج المدرب تدريباً جيداً، ويمتلك الصدق والتعاطف والتقبل للمسترشد يحرز تقدماً جيداً في العملية الإرشادية بالمقارنة مع المرشد الذي لا يمتلك تلك الصفات، ويتميز أسلوبه بالانفعالية، والعدوانية، وعدم القدرة على تكوين علاقة بناءة مع المسترشد (Parloff et al.1978).

ب - الأسلوب الإرشادي المستخدم: لنجاح عملية الإرشادية النفسي لابد أن يكون الأسلوب الذي يستخدمه المرشد مناسباً مع طبيعة المشكلة التي تواجه المسترشد. فكثيراً ما نسمع أن بعض المرشدين يستخدمون أسلوباً إرشادياً واحداً لكل المسترشدين ولكل المشكلات التي يعانون منها، وهذا بالتالي يؤثر على نتائج الإرشاد، على اعتبار أنه من أسس الإرشاد النفسي لا توجد طريقة واحدة أو أسلوباً واحدة للتعامل مع جميع المسترشدين على اختلاف مشكلاتهم. من هنا يمكن القول: إنه من الخطأ الجسيم أن يتمسك المرشد بأسلوب واحد يتعامل به مع جميع المسترشدين، ولعل هذا ما جعل المرشدين والمعالجين في السنوات الأخيرة يلجئون إلى استخدام الإرشاد الانتقائي في التعامل مع مشكلات المسترشدين.

ج - خبرة المرشد ومهارته في تطبيق الأسلوب الإرشادي: تلعب خبرة المرشد ومهارته في استخدام الأسلوب الإرشادي، وتنفيذه بدقة وثقة في البرنامج الإرشادي دوراً مهماً في نجاح العملية الإرشادية. كما أن الإلمام بالأسلوب وتطويعه لاحتياجات المسترشد النفسية والانفعالية له من الأثر الطيب في تقدم عملية الإرشاد.

د - الاستفادة من المتابعة في تقييم العملية الإرشادية والنظرية التي يستند إليها البرنامج (صديق: 2005، 53).

ويمكن للمرشد أن يستخدم مجموعة من الوسائل والآليات لتحقيق هذه الغاية منها ـ التقارير اللفظية التي يعبر عنها المسترشد عن حالته النفسية بعد انقضاء فترة زمنية من انتهاء البرنامج الإرشادي ـ ما يصفه الآخرون المحيطون بالمسترشد كالأم، والمعلم، والأصدقاء ـ استخدام المقاييس النفسية المختلفة التي تقيس هذه الحالة ومدى ما طرأ عليها من تحسن بعد العلاج، واستمرار هذا التحسن لفترة من الزمن بعد انتهاء تطبيق البرنامج.

ثالثاً. المتغيرات البيئية والاجتماعية: إن نجاح العملية الإرشادية يتطلب ـ كما أشرنا إلى ذلك ـ بعض المتغيرات التي تتعلق بالمرشد وبالمسترشد، لكن المتغيرات البيئية والاجتماعية لا تقل أهمية عن تلك المتغيرات. فإذا أقدم مرشد نفسي على معالجة مدمن للمخدرات، واستخدم جميع الأساليب الطبية والنفسية في علاج هذه الحالة، لكنه لم يعر اهتمامه الجانب البيئي والاجتماعي الذي ترعرع فيه هذا المدمن، فإن احتمال رجوع هذه الحالة إلى إدمان المخدرات قد يكون وارداً. لذلك يمكن القول أن نجاح البرنامج الإرشادي،والحصول على تحسن واضح لدى المسترشد لا بد أن يأخذ المرشد هذه المتغيرات في الاعتبار.

9. المتابعة: Follow -Up

تعني المتابعة المعرفة العلمية المنظمة لمدى الثبات والاستمرار في تحسن الأعراض النفسية والسلوكية والوجدانية التي حدثت للمسترشد بعد فترة زمنية (شهراً أو أكثر) من الانتهاء من تطبيق البرنامج الإرشادي. والهدف من العملية هو التأكد من ثبات التحسن وتحديد نسبة التقدم ومدى استفادة المسترشد من العملية الإرشادية، وتعزيز التغيرات الإيجابية في سلوك المسترشد منعاً من انتكاس الأعراض، وتقديم العون للجوانب الأخرى التي هي بحاجة إلى مساعدة لتعزيز الثبات، والفائدة منها هي إشعار المسترشد أن المرشد لا يزال مهتماً به بعد الانتهاء من العلاج، وأنه لم يتخل عنه، وأنه سوف يظل سنداً له في تقديم الخدمة النفسية عندما يتطلب الأمر ذلك. وهذه الأمور يجب على المرشد توضيحها للمسترشد في الجلسة التمهيدية الأولى وخصوصاً عند كتابة العقد الإرشادي حتى لا يعتقد المسترشد أن العملية نوع من المطاردة والوصاية والتدخل في شؤونه الخاصة.

وإذا وجد المرشد النفسي أن المسترشد بحاجة إلى بعض الجلسات لتخفيف أعراض سلوك ما، عليه أن يتفق مجدداً مع المسترشد على ذلك، وتحديد موعد للجلسات، والهدف من كل جلسة، وذلك عن طريق الوسائل التالية:

- الاتصال شخصيا أو تليفونيا أو بالمراسلة للاستفسار والسؤال، وهذا من أسباب الاحتفاظ بعنوان المسترشد ورقم هاتف.
- تحديد مواعيد معينة لحضور المسترشد إلى مركز الإرشاد لفترة محددة، وتزداد الفترة بين المرة والأخرى.
- قد يمتد الاتصال للمتابعة إلى الأسرة أو المدرسة أو مكان العمل في بعض الحالات، حسب موافقة المسترشد.

واستمراراً لمثالنا السابق المتعلق بغسل اليدين المتكرر لدى المسترشد يقوم المرشد في هذه الجلسة بتكرار لجلسة القياس البعدي بكل ما فيها، ولكن بعد شهرين من انتهاء الجلسة السابقة، وذلك بهدف التحقق من ثبات التحسن لدى الحالة وانخفاض مستوى الضغط المتعلق بغسل اليدين.

10. التقييم النهائي للبرنامج: Evaluation

إن تقييم البرنامج هو عملية مهمة للمرشد النفسي، لأنه يعطيه التغذية الراجعة التي تتعلق بمستوى ما حصل عليه المسترشد من فائدة خلال الجلسات الإرشادية، ويكشف عن مدى نجاحه أو فشله. وسوف نتحدث عن هذا الموضوع في الفصل الخاص بتقييم البرامج الإرشادية بشكل مفصل.

الفصل السادس

المشكلات التي تثيرها برامج الإرشاد النفسي

- العلاقة بين المرشد والمسترشد.
- التغذية الراجعة بين المرشد والمسترشد.
- مدة الإرشاد النفسي
- زمن جلسة الإرشاد.
- طول المدّة الزمنية بين الجلسة والأخرى
- موقف المدارس الإرشادية من التشخيص النفسي .
- دور المقاييس وسن المسترشد وانفعالاته .
- مكانة الأجهزة التقنية في العملية الإرشادية
- مصداقية التقارير اللفظية المقدمة من المسترشد .
- الواجبات المنزلية
- إنهاء العملية الإرشادية
- مؤشرات نجاح البرنامج أو فشله

الفصل السادس
المشكلات التي تثيرها برامج الإرشاد النفسي

مقدمة:

ثمة متغيرات كثيرة ومعقدة تدخل في عملية الإرشاد ككل، وتؤثر في نتائج العلاج إيجاباً أو سلباً، وهذا يقودنا إلى حقيقة هامة في الإرشاد النفسي وهي أنه لا توجد وسيلة علاجية واحدة تصلح لجميع المسترشدين أو تتماشى مع رغبات المرشدين النفسيين، بالرغم من أن طرائق الإرشاد على اختلاف أنواعها تسعى إلى الاهتمام بالمسترشد بالدرجة الأولى، باعتبارها تقدم دعماً فريداً في العلاقة البينشخصية التي تشعر المسترشد بأنه متقبل لاتجاهات المرشد وسلوكياته التي لا تتفق مع التوقعات المختارة، كما أنها تقدم دعماً ظاهرياً وضمنياً لاستجابات مختارة، بهدف التغلب على مشكلات المسترشد، وتعليمه مهارات توافقية في حياته فقد يعترض تطبيق البرنامج الإرشادي بعض الصعوبات أو المشكلات التي قد تعوقه عن الوصول إلى أهدافه، وهذه الصعوبات منها ما هو مرتبط بتطبيق الأدوات، ومنها ما هو متعلق بالمسترشد والمعالج، وبالمجتمع والبيئة المحيطة بالعملية الإرشادية، ومنها ما هو متعلق بالتحول والتحول المضاد، ومتغيرات أخرى تتعلق بمقاومة المسترشد. فالمسترشدين يدخلون إلى العملية الإرشادية بمستويات مختلفة من الجاهزية في ظل أفضل الشروط، ويأمل المرشد أن يدخل المسترشد العلاقة بشكل تام، وأن يثق به بشكل غير مشروط، وهو متفهم تماماً للمشكلات التي سيعمل عليها، ومستعد أيضاً لأن يتحدث غالباً وبشكل منفتح عن نفسه وعن العوامل التي ترتبط بمشكلاته، ومستعد لأن يعمل لتحقيق فهم أعظم لنفسه، ويستعمل هذا الفهم أساساً لاتخاذ القرارات بفعالية.

هناك العديد من المشكلات التي تثيرها العملية الإرشادية بمراحلها المتعددة، ويمكن تلخيصها في الآتي:

النقطة الأولى: إن المسترشدين يدخلون إلى العملية الإرشادية بمستوى منخفض من الجاهزية، فمن النادر وجود مسترشدين من هذا النوع، لأنه من المرجح أن لا يكون المسترشد متأكداً ما إذا كان يستطيع أن يثق بالمرشد، ويتساءل إذا كان المرشد يمتلك القدرة على فهمه ومساعدته. وبما أنه غير متأكد بهذا الشكل فإن العديد من المسترشدين يختبرون مرشديهم، فإذا نجح المرشد في الاختبار

يستمر في الإرشاد، وإذا لم ينجح فإن فك العلاقة وإنهاء الإرشاد هما النتيجة الحتمية، لذلك فإن واحداً من أكثر الاختيارات تكرارا هو أن يقوم المسترشد بعرض مشكلة ما للمرشد ليست هي في الحقيقة مشكلته الجوهرية التي يعاني منها، فإذا أدرك المسترشد أن المرشد موثوق به وحريص أشد الحرص على إقامة علاقة معه بهدف تخليصه من مشكلته، فإنه بذلك يكون قد نجح في الاختبار، وعندئذ يبدأ من جديد بطرح مشكلته الحقيقية أمام المرشد.

والنقطة الثانية: إنه في الغالب يدخل المسترشد إلى العملية الإرشادية ومعه توجه اتكالي، إنه يعرض مشكلته ويترك للمرشد بعدئذ أن يقوم بالعمل اللازم لحلها، وبالتالي يصبح المسترشد متلقياً سلبياً لجهود المرشد ومساعدته على هذا التوجه، يلقي المسترشد بالمسؤولية على المرشد للقيام بالعمل، وفي الوقت نفسه يبعدها عن نفسه. ويعد هذا الإدراك الأولي لدخول الإرشاد نظرة غير دقيقة عن العملية الإرشادية إذ تعمل وتحد من نجاح العملية الإرشادية.

والنقطة الثالثة: التي تواجه المرشد النفسي هي أن بعض المسترشدين بدلاً من أن يكونوا منفتحين أو متقبلين للإرشاد يدخلون إلى العملية الإرشادية من موقع دفاعي، وإذا اتصفوا بهذه الخاصية فإنهم يتحاشون التفكير والحديث عن الأشياء المؤلمة وغير المريحة، ومشاركة المعلومات مع المرشد، ودور المرشد في هذه الحالة هو مساعدة المسترشد للدخول إلى العملية الإرشادية دون خوف أو دفاعية حول الأشياء التي تقلقهم. والمقاومة التي يبديها المسترشد النفسي هي حيلة شعورية مضادة لعملية الإرشاد النفسي، التي يطلق عليها في الإرشاد النفسي "المسترشد المقاوم" (Resistant Client).

النقطة الرابعة: من المشكلات التي تتحدى المرشد النفسي هي أن بعض المسترشدين لديهم إحساس بالارتباك والضعف حول فكرة الذهاب إلى المرشد النفسي لتلقي المساعدة، لذلك فهم يقاومون كل عمل يقوم به المرشد لمساعدتهم.

النقطة الخامسة: إن لدى بعض المسترشدين سلوكاً عدوانياً صريحاً تجاه المرشد، حيث يخبرون المرشد بأنهم أجبروا على الإرشاد، وأنهم غير سعيدين بذلك، أما المسترشدون الآخرون فيعبرون عن عدائهم بطرائق أكثر براعة، وذلك بعدم التواصل أو الهروب من المناقشة وإبعادها عن الذات، أو بطرح مسألة آمنة لا ترتبط بالمشكلة التي يجب مناقشتها.

النقطة السادسة: التحويل (Transferences) الإيجابي أو السلبي للمسترشد تجاه المرشد. ويعني تحويل الانفعال من موضوع إلى آخر، وتحويل المسترشد انفعالاته السلبية أو الإيجابية على المرشد.

وهناك أشكال لهذا التحويل وأساليب للحد منها يعرفها المختصون في مجال الإرشاد النفسي لا داعي لذكرها هنا.

وثمة مشكلات أخرى تواجه العملية الإرشادية من الناحية الإجرائية، مثل المشكلات المتعلقة بمصدر الإحالة باتجاهات المسترشد من العملية الإرشادية، ظروف العيادة أو المركز الإرشادي ومكانهما، اتجاهات الوالدين وأولياء الأمور ودورهم، ومشكلات القدرات العقلية للمسترشدين، ومدى استفادة الفئات العقلية المتباينة من العملية الإرشادية، ونقص الخبرة العملية لدى مصممي البرامج الإرشادية، والتكاليف المادية للبرنامج، ومشكلات الجدوى من العملية الإرشادية، لكن أهم المشكلات التطبيقية هي التالية:

أولاً - العلاقة بين المرشد والمسترشد:

تتعلق المجموعة الأولى من الصعوبات التي تواجه المرشد النفسي مع المسترشد، إقامة العلاقة الإرشادية القائمة على التقبل والاحترام المتبادل والثقة والتعاطف الوجداني والشفافية الصريحة التي يبديها المرشد حيال المسترشد. فعندما يبدأ المرشد في إدراك أن المسترشد غير راضٍ أو عدواني أو انسحابي أو اتكالي بشكل كلي على المرشد أو مقاوم لكل ما يبديه المرشد من قضايا تمس المشكلة التي يعاني منها، أو غير متعاون من خلال لزوم الصمت في أثناء الجلسة الإرشادية، فمن المحتمل أن يواجه المسترشد بهذه الملاحظات. وعندئذ يستطيع المرشد الفعال أن يسأل المسترشد عن صحة ملاحظاته، وعن مشاعره وأفكاره نحوه. ومن الجوهري أن يكون المرشد الفعال واعياً أن بعض المسترشدين وخصوصاً الاكتئابيين أو العدوانيين أو الذين تمت إحالتهم إليه عن طريق الأسرة أو المؤسسات التربوية أو القضائية يمكن أن يسيئوا تفسير أساليب التدخل من جانب المرشد في حياتهم الخاصة بصورة سلبية، ويتعامل المرشدون في حالة إساءة التفسير مع هذه الأفكار بالطريقة نفسها التي يتعاملون بها مع الأفكار الأخرى، فيعملون مع المسترشد على جمع البيانات وفحص البدائل المفسرة للدلائل. وعادة ما تحل مشكلات العلاقة بين المرشد والمسترشد بالحوار البناء للوصول إلى الأهداف التي يسعون إلى تحقيقها. وهناك أوقات يحتاج فيها المرشدون لتشكيل سلوك معين للوفاء باحتياجات خاصة بأحد المرضى، ومثال على ذلك قد يتحرر المرشدون من صراحتهم وردود أفعالهم الشخصية للوفاء باحتياجات المسترشدين الذين يصرون على النظر إلى المرشد بصورة لا تخلو من الشخصنة أو النزعة الذاتية.

ومن الأمور الملحّة في مثل هذه المواقف ألاّ يفترض المرشد أن المسترشد يقاوم بعناد، أو أنه غير عقلاني. ويتعاون المرشد معه لتحقيق فهم أفضل لاستجابات مناسبة للمسترشد. ودائماً ما توفر ردود الفعل في حد ذاتها بيانات حول أنواع الخلاف التي يقوم بها المرشدون في مواقف العلاقات الاجتماعية والشخصية الأخرى. وبالتالي فإن استجابات المسترشد تمنح المرشد فرصة العمل بالتعاون مع المرشدين على تفسيراتهم غير التوافقية للعلاقات.

وهناك مشكلة أخرى تظهر بين المرشد والمسترشد، وهي عندما يبدو أن الإرشاد غير فعّال حتى إذا كان المسترشدين يكملون واجباتهم المنزلية بعناية ويبدو التعاون بينهم ناجحاً، وأحياناً تنشأ المشكلات نتيجة لتوقعات المسترشد غير الملائمة، أو توقعات المرشد غير الواقعية حول سرعة التغيرات واستقرارها. وعندما يبدو أن الإرشاد لا يتقدم بالسرعة المتوقعة، فعلى كل من المرشد أن يتذكر أنه يتعين عليه توقع الصعود والهبوط خلال فترة الإرشاد، وأن يضع باعتباره أن بعض المرضى يتحسنون ببطء أكبر مقارنة بغيرهم. وقد يقلّل كلٌ منها من أهمية التغيرات الضئيلة التي تحققت بالفعل، وأن تحقيق الإرشاد أو العلاج الفعّال لا بد أن يمر بمجموعة من الخطوات الصغيرة.

وهناك مشكلة أخرى تنشأ من سوء تطبيق طريقة الإرشاد؛ فعندما يستخدم المرشد أسلوباً معيناً بطريقة غير مرنة قد لا تستحوذ على رضى المسترشد ولا يستجيب لها بصورة جيدة، لذلك يجب على المرشد النفسي بالاتفاق مع المسترشد أن يختار الأسلوب المناسب مع المسترشد. فقد يقترح المرشد استراتيجية معينة للتدخل بناء على تشخيص ناقص ركز فيه على جانب واحد من جوانب المشكلة دون النظر إلى المشكلة عامة، وهذا يؤذي عملية التدخل الناجح. كما أن المسترشد يرفض طريقة معينة في الإرشاد نتيجة لخبرة سابقة مر بها في فترة زمنية معينة، حين تم إرشاده عن طريق مرشد آخر باستخدام طريقة أو استراتيجية معينة وأحس أنه استفاد منها في تخفيف أعراضه المرضية، ويطلب من المرشد الحالي استخدام تلك التقنية التي استخدمها المرشد السابق.

وقد يطلب المسترشد بعد مرور أكثر من جلسة علاجية باستخدام فنية أو تقنية معينة أن يستبدل هذه الفنية بفنية أخرى سمع عنها من شخص آخر أو بوسيلة من وسائل الإعلام المختلفة، على أنها تساعد المرضى على الشفاء من هذا المرض أو المشكلة النفسية التي يعاني منها. وهنا يضع المرشد أمام موقف صعب، فكيف به يتخلى عن تقنية استخدمها مع المسترشد لفترة من الزمن وإن نتائجها قد تكون إيجابية إذا تقيد المسترشد بها. وإذا حدث مثل هذا الخلاف بينهما، فما هو الحل ؟

وللإجابة عن هذه المعضلة يمكن القول: إنه بناء على الفهم الذي كونه المرشد عن مشكلة المسترشد، والهدف الذي يسعى إلى تحقيقه في سلوكيات المسترشد وأفكاره، فإنه من الضروري بالنسبة إلى المرشد أن يساعد المسترشد بإلزام نفسه بالمساعدة المقدمة إليه لتسهيل عملية النمو نحو الهدف المرغوب فيه، وذلك من خلال الاتفاق اللفظي والمكتوب (العقد العلاجي) الذي اتفقا عليه منذ وضع الأهداف العامة لإستراتيجية التدخل. وإذا طرأ أي تعديل في حياة المسترشد فعلى الطرفين أن يتفقا على تعديل الخطة بما يتناسب والوضع الجديد. أما في حالة إصرار المسترشد على هذا الأمر، فأمام المرشد خياران:

- الخيار الأول: أن يُقنع المسترشد بأهمية الاستراتيجية التي يتبناها وتم الاتفاق عليها منذ الجلسات الأولى للعمل الإرشادي.

- والخيار الثاني: تحويل المسترشد إلى مرشد آخر يعمل في ضوء الاستراتيجية التي يفضلها المسترشد.

ثانياً. التغذية الراجعة والمواجهة في العملية الإرشادية:

في الحقيقة إن تفاعلات أعضاء الجماعة الإرشادية فيما بينهم واستجاباتهم لعضو من أعضائها، تعكس صورته عن ذاته كما تبدو لهم؛ سواء أكانت هذه الصورة موجبة الاتجاه أم سالبة (تغذية راجعة)، مما يتيح للعضو فرصة أكثر ثراء لاستكشاف ذاته والوصول إلى الاستبصارات التي تمهد الطريق إلى التغير البنائي في شخصيته.

ويبين "روجرز"Rogers،1969 في سياق حديثه عن العلاج الجماعي أن التغذية الراجعة Feed Back تبدو في ظل التفاعل التعبيري الطليق لدى أعضاء المجموعة العلاجية ؛ فقد يصل الفرد إلى الاستبصار بالكيفية الحقة التي تبدو بها للآخرين. فالصدق والود يكتشف أن الآخرين يستنكرون المودّة المغالى فيها. والمرشد الذي يزن أقواله بعناية ويتحدث بدقة بالغة، يمكن أن يكتشف أن الآخرين ينظرون إليه على أنه مُتجهّم الوجه، والمرأة التي تُبدي رغبة مفرطة في مساعدة الآخرين، يمكن أن تكتشف – من خلال استجابات الأفراد لها – أن بعض أعضاء الجماعة لا يرونها أماً. وقد تكون هذه الاستبصارات مُحبِطة بالنسبة لهذا الفرد أو ذاك، ولكن طالما تحدث في محيط إرشادي يتسم بدف العاطفة والتقبل والتعاطف الوجداني العالي بين أعضاء الجماعة والمرشد النفسي، فإنها تبدو بناءة بدرجة مرتفعة (Rogers،1969،31).

ويذهب كثير من المرشدين أنه لا يمكن لأي مقابلة أو طريقة علاجية أن تحرز أي تقدم نحو تحقيق أهدافها المخططة ما لم تدعم باستخدام التغذية الراجعة، وفي ذلك يؤكد "روبنسون" (Robinson، 1992) أن الناس يبحثون عن التغذية الراجعة لعدة أسباب منها:

1. تقييم قدراتهم التي تزيد من مدى تنبؤهم بمهامهم في المستقبل.
2. الحصول على شعور بالقدرة التي تساهم في التقدير الذاتي لهم.
3. تصحيح الأخطاء المتعلقة بإنجازاتهم وتساعدهم على تحقيق أهدافهم المهمة في حياتهم الشخصية والاجتماعية (سعفان، 2001، 249).

ويتبادر إلى الذهن سؤال مفاده: هل المرشد النفسي يركز في التغذية الراجعة على الأفعال التي فشل المسترشد في إنجازها أم على الأفعال التي أنجزها بنجاح؟ والإجابة عن هذا التساؤل يعتقد العديد من علماء النفس والصحة النفسية أن التركيز على الأفعال والسلوكيات التي أنجزها المسترشد بنجاح أفضل من التركيز على الأسلوب الأول (في حالة الفشل)، لأن ذلك يساعد المسترشد على تكوين اتجاهات إيجابية نحو الذات وخبراتها الماضية.

أما عن استخدامات التغذية الراجعة فيمكن استخدامها في ثلاثة مجالات:

1. في مجال التدريب العلمي.
2. في مجال الإرشاد والعلاج النفسي الجماعي.
3. في مجال الإرشاد والعلاج النفسي الفردي.

ولكي يكون الإرشاد فعالاً يجب على المرشد أن يكافئ المسترشد على سلوكياته وأفكاره؛ فعندما ينجح المسترشد في تنفيذ واجب منزلي مكلّف به مثلاً ويجد ردود فعل إيجابية من قبل المرشد باعتبارها أسلوباً تدعيمياً، فإن المسترشد يزيد من مستوى إنجازه وأدائه، ولكنه يكف عن ذلك عندما يجد ردود فعل سلبية أو غير مشجعة أو عدم اهتمام وانتباه من قبل المرشد، حيث تقل كفاءته. فالتغذية الراجعة هنا إشارة لمعرفة نتائج سلوك معين وتحت هذه الظروف يكون استخدام التغذية الراجعة ملائماً لتحقيق ذلك. وعن طريقها أيضاً يمكن للمرشد مساعدة المسترشد على توليد الأفكار الذاتية الموجبة وتغيير الاتجاهات السالبة، وزيادة تحمل المسؤولية، وتحسين العلاقة مع الغير، وتقبل الواقع الذي يصعب تغييره، والتعرف إلى القدرات الذاتية والحالة النفسية، وهنا يحدث التغيير في الاتجاه المطلوب بإرادة المسترشد نفسه، وهذا يجعله عند تنفيذ البرنامج الإرشادي فاعلاً وليس منفعلاً.

وعندما نتحدث عن المواجهة البناءة بين المرشد والمسترشد أو الجماعة العلاجية (إذا كان العلاج جماعياً) فإن المرشد النفسي يستخدم العديد من الطرائق عندما تحدث مقاومة من جانب المسترشد لأسباب تتعلق بالحفاظ على تقدير مناسب لذاته أمام المرشد، ولا يريد البوح بموضوعات أو أحداث مهمة لها علاقة كبيرة بمشكلته وذلك لخطورتها، أو في بعض الأحيان يتحاشى مجالاً مهماً للمناقشة، أو قد يتحدث بإفراط حول موضوعات آمنة لكي يتجنب الدخول في موضوعات مؤلمة له، أو قد يتحدث عن مشاعر وخبرات بدلاً من أن يحاول فهمها: وقد يستشعر المرشد من خلال العلاقة مع المسترشد أنه غير قادر على فهم المشكلات اليومية التي تثار بينه وبين زوجته. وبناء على كل المعطيات يحاول المرشد أن يساعد المسترشد على تقليص صعوباته ومشكلاته مع زوجته، ويمكن له أن يقرر بأن تقديم الملاحظات والأدلة المتعلقة بذلك قد تكون طريقة فعالة لاستثارة هذا الإدراك لدى المسترشد.

وأهم طريقة يستطيع أن يستخدمها المرشد هي طريقة المواجهة البناءة لهذا المسترشد المقاوم، وتعني هذه الطريقة من حيث المفهوم العام كما حددها "جونسون" (1972، Johnson) (بأنها محاولة مقصودة من جانب المرشد لمساعدة المسترشد لكي يخبر بعض جوانب سلوكه، وهي دعوة مقصودة لاختبار الذات تنبع من رغبة المرشد بأن يقحم نفسه بعمق أكثر مع المسترشد، وبالتالي فإن المواجهة طريقة في التعبير عن الاهتمام بشخص آخر ورغبة في زيادة المشاركة الوجدانية المتبادلة في علاقة محددة يكون الغرض منها تحرير المسترشد لكي يشترك في سلوك مثمر ومنتج (ايزنبرغ وديلاني، 1994، 156).

إن تجربة المواجهة البناءة مجازفة قد تغير طبيعة العلاقة بينهما. فإذا لم يتم إدراك الاهتمام الموجود في المواجهة أو قبوله أو إذا تمت المواجهة لتخفيف الغضب بدلاً من تقديم التغذية الراجعة المفيدة، فإن الضياع هو النتيجة المحتملة. ولذلك إذا كان المرشد يهتم فعلاً بمسترشده وكانت دوافعه مبنية على الاهتمام والتقبل والاحترام، فإن من المرجح أن تنتقل العلاقة بينهما إلى مستوى أكثر عمقاً وانفتاحاً وقوة.

وتعني المواجهة من وجهة نظر روجرز مواجهة ((Confrontation بمشاعر المرشد نحوه فيما يتعلق بسلوكه أو بأي شيء قد فعله، وأن هذه المواجهات قد تكون موجبة الاتجاه، بيد أنها تكون بشكل متواتر سالبة الاتجاه تماماً.

وفي موضع آخر يبين روجرز (1971) بمزيد من الإيضاح هذه المواجهة من جانبه للشخص، مشيراً إلى أنه بوصفه معالجاً، ينزع - في أثناء الجلسات العلاجية الجماعية - إلى مواجهة الأفراد في خصوصيات سلوكهم، كأن يقول: *"أنا لا أحب الطريقة التي تثرثر بها؛ إذ يبدو لي أنك تقدم كل جواب ثلاث أو أربع مرات، وأرغب في أن تتوقف عندما تتم جوابك"*.

ويبيِّن روجرز كذلك أنه يميل أيضاً إلى مواجهة الشخص الآخر حتى بالمشاعر التي يميل إلى نسبتها لذاته، مشيراً إلى أن هذه المشاعر في بعض الأحيان تكون فعّالة إلى حد بعيد. ومعنى ذلك أنه ينبغي على المرشد في مواجهته للمسترشد ألاّ يقتصر على مواجهته بالتعبير عن مشاعره المنبعثة لديه بسبب بعض سلوكيات المسترشد فحسب، وإنما يتخطى ذلك مواجهته أيضاً بالتعبير حتى عن مشاعره الذاتية به في تلك اللحظة.

ويلفت روجرز الانتباه إلى أن مواجهة المسترشد لا تكون في كل الأمور؛ فمواجهة دفاعات المسترشد - على سبيل المثال - تبدو بالنسبة للمسترشد كأنها عملية تحكمية. فعندما يقول المرشد للمسترشد مثلاً: "إنك تخفي قدراً كبيراً من العدائية، أو إنك تكون عقلانياً بدرجة كبيرة، ربما بسبب خوفك من مشاعرك، فإن مثل هذه الأحكام أو التشخيصات تكون بمثابة النقيض للعوامل المسهلة. بيد أن "روجرز" يعود فيقرر أنه إذا كان ما يدركه المرشد من فتور يحبطه، أو كانت نزعة المسترشد إلى التعقل تغيظه أو كانت شراسته تجاه شخص آخر تغضبه، فإنه يمكن للمعالج عندئذ من مواجهة ذلك الشخص من خلال التعبير عن مشاعر الإحباط أو الغيظ أو الغضب التي توجد لديه.

ويشير "روجرز" إلى أن هذا يكون بالغ الأهمية؛ ففي بعض الأحيان يكون من المرغوب فيه أن تستمر التغذية الراجعة والمواجهة حتى ولو كان ذلك مؤلماً للمسترشد.

ونستنتج من كل هذا أنه لا ينبغي أن يكون المرشد دوجماطياً أو جامداً في استخدامه أو عدم استخدامه التغذية الراجعة أو المواجهة، بل ينبغي عليه أن يكون ديناميا ومرناً، مستخدماً التغذية الراجعة أو المواجهة عندما تكون ملائمة، وأن يتوقف عن ذلك لبعض الوقت عندما يكون ذلك غير ملائم أو معوقاً لتقدم العملية العلاجية.

ثالثاً- زمن العملية الإرشادية:

ليس هناك زمن محدد يمكن القول بأنه مطلوب لتحقيق أهداف الإرشاد النفسي في أي من العلاجات التحليلية وإعادة التعلم وإعادة البناء النفسي لدى المسترشد. ففي بعض الحالات يتحقق

الهدف من الإرشاد في بضع جلسات، وفي بعضها الآخر يتطلب الأمر عشرات الجلسات كما هو الحال في الإرشاد التحليلي الذي يتطلب تحقيق أهدافه بين سنتين إلى خمس سنوات.

ويقول "روجرز" في هذه المسألة: توجد صعوبة في الإجابة عن مثل هذا السؤال، لأن طول العملية العلاجية يعتمد على درجة سوء التوافق النفسي للمسترشد، ومهارة المرشد الإرشادية، والقدرة العقلية والإدراكية للمسترشد. وهناك سبب وجيه للاعتقاد أن طول العملية العلاجية يظهر العلاقة المباشرة بين المرشد والمسترشد، وقدرة المرشد على معالجة الأمر. فإذا كان لدى المسترشد استبصاراً وقدرة على معالجة أموره الخاصة، فإن (6. 15) جلسة تكون كافية لمسترشد يعاني من اضطرابات عصابية شديدة، وعندما لا يكون عصابياً بشكل عميق. فجلستان أو أربع أو ست جلسات تكون كافية لإيجاد المساعدة التي يحتاجها. أما إذا طال الإرشاد عن ذلك، فإن ذلك يرجع غالباً إلى أنه قد فشل، بالرغم من الطرق التي يحاول بها المرشد أن يؤكد نتائج ناجحة للإرشاد، وأحياناً تكون الطرق نفسها هي سبب الفشل. فقد يتوقف المسترشد عن التفريغ الانفعالي، لأن المرشد بملاحظة بسيطة غيّر مجراه أو عطّله عن السير قدماً، مما يؤدي ذلك إلى زيادة عدد الجلسات.

رابعاً - طول زمن جلسة الإرشاد:

اختلف العلماء في تحديد الوقت في جلسة الإرشاد النفسي، فقد عدّه بعضهم ساعة ونصف وبعضهم ذكر ساعة واحدة وبعضهم أشار إلى (45) دقيقة للجلسة الواحدة. ولكل فريق له مبرراته على ذلك. فعلى سبيل المثال الطفل العدواني الذي يعالج عن طريق اللعب، فإنه يريد مزيداً من الوقت للاستمتاع باللعب باعتبارها وسيلة تفريغ انفعالي، ويشعر أنه بحاجة إلى الوقت، ولكن المرشد لا يعطيه هذه الفرصة، بل يحدد الزمن بحدود نصف ساعة على سبيل المثال، والخطأ أنه قد يقول إن قواعد اللعبة تقتضي أن يكون زمنها نصف ساعة وليست ثلاث ساعات.

من هنا، فإن طول الجلسة الإرشادية تحددها شروط مهمة تتعلق:-

أولاً- بطبيعة الاضطراب الذي يعاني منه المسترشد أو بدرجة عدم التوازن النفسي، إذ ينظر العلماء في مجال الإرشاد النفسي نظرة خاصة إلى مشكلة المسترشد من زاوية شدتها والآثار السلبية التي تتركها على شخصيته وعلى إنتاجيته وتفاعله الاجتماعي. فإذا كانت المشكلة بسيطة فإنها تحتاج إلى جلسات إرشادية أو توجيهية قصيرة، بينما إذا كانت المشكلة معقدة وتحتاج من المرشد إلى

عملية تدخل لإحداث تغيير جوهري في بناء المسترشد النفسي والسلوكي والعقلي، فإن طول هذه الجلسة قد يستغرق وقتاً طويلاً.

وثانياً عمره، وخبرته، ومدى تبصره بمشكلته، ودرجة ذكائه، وسمات الشخصية التي يتمتع بها، واتجاهاته نحو عملية الإرشاد، واستعداده لتقبل الإرشاد، وطريقة إحالته للإرشاد.

وثالثاً وتتعلق بخصائص المرشد النفسية، وخبراته ومهارته، والمدرسة العلاجية التي ينتمي إليها، وسيره حسب الخطة الإرشادية. فالأطفال دون السابعة على سبيل المثال بحاجة إلى أن تكون جلساتهم في حدود (20) دقيقة، وتزداد هذه المدة مع ازدياد العمر لتصبح حوالي (45) دقيقة بالنسبة لمن هم في أعمار أكبر من الثانية عشر. وبالنسبة للطالب فإنه يحسن بالمرشد أن يجعل الجلسة الإرشادية في حدود حصة واحدة..

ويرى روجرز في هذا "أننا نملك معرفة تجريبية للإجابة عن هذا السؤال، ولكن يبدو بشكل ثابت أن التحديد المتعارف عليه فيما إذا كان طول الجلسة (15-30-45-60) دقيقة هو في الغالب أكثر أهمية من الطول الحقيقي للمقابلة". لذلك فقد أدرك العلماء أن طول الجلسة لأكثر من ساعة واحدة هو أمر غير مقبول، وربما يكون مقبولاً فقط في بداية جلسات الإرشاد. كما يرى روجرز أنه من المقبول به أن التقدم الحاصل لدى المسترشد يمكن أن يتم في جلسة قصيرة في حدود (30-45) دقيقة بالمقارنة مع الجلسة الطويلة.

خامساً . طول الفترة الزمنية بين الجلسة والأخرى:

يرى "روجرز" أن المواعيد يجب ألا تكون متقاربة جداً ولا يوجد مسوغ للقاءات يومية كما هو عليه الحال في العلاج التحليلي ولقاءات كهذه هي للضرورة فقط عندما تكون العملية مركزة على درجة اهتمام المرشد أكثر من المسترشد. كما يبدو أن الجلسات التي تفصل بين الواحدة والأخرى مدة قدرها عدة أيام، كأن تكون جلستان في الأسبوع مثلاً هي في الغالب ذات قيمة كبيرة بالنسبة للمسترشد، حيث تعطيه فرصة مناسبة لاستيعاب نتيجة هذه الجلسات وفهمها.

سادساً . موقف المدارس الإرشادية من التشخيص النفسي:

هناك مثل قديم مفاده: "إن الدليل على حلاوة الحلوى يكمن في تذوقها"، وإذا صدق هذا المثل فإن البرهان الأساسي لعلم النفس المرضي يكمن في التشخيص الناجح للسلوك المضطرب أو غير السوي، والذي يؤدي بدوره إلى العلاج الناجح". لكن هذا التشخيص والعلاج في مجال العلوم الطبية

يعد بشكل مثالي معتمداً على إدراك السبب أو الأسباب ومعرفتها من خلال تصنيفات قام العلماء بإعدادها مسبقا حول طبيعة الأعراض المرضية التي يعاني منها الناس، وبعد ذلك يسقطون هذه الأعراض على تلك التصنيفات. فإذا تطابقت هذه الأعراض - في معظمها أو أساسها مع تلك التصنيفات، فإنهم يصنفون هذا الاضطراب بهذا الاسم أو الفئة التي يتضمنها الاضطراب. ولكن إذا انتقلنا إلى العلوم الإنسانية وخصوصاً العلوم النفسية نجد الأمر مختلفاً نوعاً ما. فبعض علماء النفس يتبنون هذا التوجه في التشخيص وبعضهم الأخر ينكرونه، ويقدم كل طرف حججه وبراهينه للتدليل على صحة عملهم.

يذهب المدافعون عن التشخيص التصنيفي للاضطرابات النفسية بالقول: إنه من المفيد تبني هذا الاتجاه في التشخيص، لأنه مبني على أساس علمي سليم، وأنه يقدم فائدة علمية قيمة، وأنه يساعد على توفير الوقت والجهد في المعرفة التي يبحث عنها المرشد في تحديد الاضطراب الذي يعاني منه المسترشد. فهناك أعراض تجتمع أحياناً اجتماعاً يكفي للقول بأنها تعبير عن اضطراب يتميز من غيره. وهناك أساس في ترتيب الاضطرابات في أصناف تبعاً لاجتماع الأعراض. وهناك فائدة للعامل في مجال العلاج النفسي حين ينطلق من أعراض يكتشفها عند المسترشد في تسمية نوع الاضطراب الذي يشكو منه. كما يدلل المدافعون عن صحة اتجاههم تنوع أشكال تصنيف الاضطرابات النفسية كتصنيف الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية (DSM)، وتصنيف منظمة الصحة العالمية (WHO)، وتصنيف الصحة النفسية (ICD)، وأن التشخيص التصنيفي يعد لازماً في العملية العلاجية والإرشادية، وذلك بغرض رسم استراتيجية صحيحة لعملية العلاج وتنفيذها، وحجتهم في ذلك أن أي عامل في العلاج النفسي لا يستطيع أن يتقدم نحو أهدافه إلا بعد معرفته بنوع الاضطراب الذي يعالجه.

أما القائلون بعدم لزوم التشخيص وبضرورة البعد عنه باعتبارد منطلقاً في عملية الإرشاد، فحجتهم أنه قيدٌ له مخاطره في سير عملية الإرشاد، وأنه يكون وراء تحيز في الإرشاد، وأنه يتنافى مع المبدأ القائل إن المرشد يتعامل مع شخص مضطرب نفسياً لا مع اضطراب جامد. ويعد "كارل روجرز" Rogers من أقطاب هذا التوجه، حيث يرى في التشخيص عملية هدامة في شخصية المريض، إذ يكون المريض غير مستعد لتقبل معلومات تشخيصية عن نفسه من المرشد، كما أنه يوحي للمريض بأن المرشد خبير وقدير (موسوعة علم النفس، 1999، 103).

فقد أشار صراحة "بنت وروجرز (1941) Bennet & Rogers في سياق عرضهما لنتائج دراسة لهما بعنوان " التنبؤ بنتائج العلاج" إلى دقة التقدم الإكلينيكيClinical Prognosis يعتمد

بصفة أساسية على شمولية التشخيص. ومع تقدم الخبرة بالعلاج لدى روجرز نمت وجهة نظر أخرى حول التشخيص، وذلك في اتجاه إهمال التشخيص والتقليل من شأنه بالنسبة إلى العملية العلاجية. ففي عام (1947) عبّر "روجرز"عن ذلك بالقول: أن التشخيصات لا تكون مهمة لأنها تكشف عن قدر ضئيل عن رؤية الناس لأنفسهم، كما لا تساعد على إقامة العلاقة العلاجية الضرورية.

سابعاً . مصداقية التقارير اللفظية المقدمة من المسترشد:

لعلّ من أصعب الخبرات التي يجب أن تكسبها قاعدة الإرشاد النفسي هي الأسلوب الذي يستعمله المرشد ليكون متقناً ومستجيباً للمشاعر التي يعبر عنها المسترشد أكثر من أن يبدي انتباهاً مركزاً فقط على الناحية المنطقية العقلية. فمن الناحية الوجدانية والانفعالية أن كل ما يذكره المسترشد يجب أن يكون محل تقدير للمرشد أكثر من الناحية العقلية المنطقية، فيما يسرده هذا المسترشد (الطالب) عن تأخره الدراسي على سبيل المثال، ويكون رده عليه ما درجاتك ؟ حيث يوجه اهتمامه بذلك للعناصر العقلية المنطقية في المحادثة، ويقود المسترشد بعيداً عن جانب الانفعال والمشاعر، وهنا يحاول المسترشد أن يبتعد عن المجال المنطقي في إجاباته مع التركيز على الجانب الانفعالي لمشكلته.

وباختصار، إذا كانت استجابات المرشد لاعترافات المسترشد وأفكاره مبنية على الأسس العقلية، فإنه من جهة أولى يُحَوِل الاعترافات والتعبيرات بمحض اختياره إلى مجريات وطرق عقلية منطقية، ويَحوُل دون التعبير عن المواقف تعبيراً وجدانياً أو إبراز ما يغفلها من انفعال، ويميل إلى تحديد وحل المشكلات بطريقته الخاصة، وفي ذلك مضيعة للوقت، أو هي طريقة تختلف اختلافاً كبيراً عن الطرق التي يميل إليها المسترشد؛ فالمسترشد يميل أولاً لأن تنطلق مشاعره وانفعالاته انطلاقاً حراً في تفريغ انفعالي يتسم مجاله الإدراكي بالتسامح.

يقول "روجرز" في هذا: إن العوامل الموضوعية غير مهمة كلياً، بينما العوامل التي لها أهمية في العلاج هي المشاعر التي يحضرها المسترشد في الموقف العلاجي. وبناء على ذلك، فنحن لا نحتاج فيما إذا كانت تقارير المسترشد صحيحة أم خاطئة ولكن اتجاه المسترشد الانفعالي هو العنصر الذي له أهمية كبيرة في العلاج، والدليل في ذلك أن التقارير التي يقدمها المسترشد هي نماذج لاتجاهات متناقضة داخله لا تملك بعد أي تنظيم، وإذا أدرك المرشد هذا التناقض على أساس عقلي، فمن غير المحتمل أن يساعد المسترشد على إنجاز التنظيم الذي سيوحد اتجاهاته (Rogers، 1942، -243 244).

ومن جهة أخرى فإن المرشد الذي يحافظ على الانتباه لمشاعر المسترشد وأفكاره التي يعبر عنها، وأن يستجيب لكليهما بالطريقة نفسها، فإن ذلك يعطي المسترشد شعوراً بأنه أصبح مفهوماً فهماً متعمقاً صريحاً، ويساعده ذلك على التعبير عن أحاسيســه بمصداقية أكبر، وبالتالي الغوص إلى الجذور الانفعالية للمشكلة التي يعاني منها.

إن مصداقية التقارير الذاتية التي يدلي بها المسترشد للمرشد كانت محل انتقاد كبير من قبل علماء النفس وخصوصاً أتباع التوجه المباشر في العلاج. فإذا قال المسترشد على سبيل المثال: إنه راض عن نفسه، فهل نصدق أنه حقيقة كذلك؟ وهل يعطي الإطار المرجعي الداخلي صورة دقيقة - كما يرى أصحاب نظرية الذات - عن شخصية المسترشد؟

وللإجابة عن هذه الإشكالية فقد قام "هاي" Haigh،1949 بعدد من الدراسات الخاصة للسلوك الدفاعي عند المسترشدين، فوجد أنه يتخذ صوراً متعددة مثل: الإنكار والانسحاب والتبرئة والاسقاط والعدائية، وتنخفض هذه الدفاعية لدى بعض المسترشدين في أثناء الإرشاد، على حين ترتفع لدى بعضهم الآخر.

ومهما تكن وجهات النظر القائلة بمصداقية تقارير المسترشد، فإن ثمة اتفاقاً حول تلك المصداقية أشار إليها "تشودوركوف"، وهي:

1 - كلما زاد الاتفاق بين وصف الشخص لذاته ووصف الآخرين له، قل ما يظهره من تناقض في تقاريره.

2 - كلما زاد الاتفاق بين وصف الشخص لذاته وتقييم الحكام له، زادت كفاية توافقه الشخصي.

3 - وبزيادة كفاية التوافق الشخصي تقل كمية الدفاع الإدراكي التي يبديها المسترشد في تقاريره أمام المرشد (هول ولنيدزي،1978، 633).

وعموماً، يجب على المرشد أن يأخذ بالاعتبار الجوانب الانفعالية والعدائية والانسحابية في تقارير المسترشد اللفظية، وألاّ يعدّ كل ما يقوله على أنه حقيقة، لأنه في كثير من الحالات لا يمكن الاعتماد على تقارير الذات وسيلة للوصول إلى صورة واضحة عن الشخصية تطابق الصورة التي نحصل عليها عن الشخصية من حُكّام خارجيين. ولكن يجب على المرشد الفطن والخبير أن يستكشف مصداقية هذه التقارير من خلال وسائل متعددة كالاختبارات النفسية والشخصية والتقارير التي يحصل عليها من الآخرين المحيطين بالفرد، لأن كل ذلك يساعده على رسم صورة واضحة لشخصية المسترشد ورغبته أو عدم رغبته في الاستمرار في العملية الإرشادية.

ثامناً - دور المقاييس والسن والحالة الانفعالية في العملية الإرشادية:

واحد من المظاهر الأكثر إحباطاً في علم النفس المرضي، الانفصال المقلق القائم بين نظريات علم النفس المرضي والاختبارات التي تستخدم في الإرشاد والعلاج النفسي. ومن وجهة النظر هذه، فإن المرشدين عموماً مهتمون في أن يجدوا أي أداة يمكن أن تساعد في حل المشكلات التشخيصية الفارقة بصرف النظر عما إذا كان هذا قد انبثق من أول الأمر إلى آخره من بحث أومن بنات أفكار شخص ما. وهناك شعار "إذا كان يعمل استخدمه". والباحثون في علم النفس المرضي من ناحية ثانية شغوفون إلى درجة كبيرة في تحقيق اختبار فروضهم فيما يتعلق بالاضطرابات الخاصة عن أن يبتدعوا وسائل إكلينيكية حساسة تقوم على نظرياتهم.

ويماثل كل من "تولر وسكولبيرج" Toler&Schulberg، 1963 هؤلاء الذين يؤمنون أن التقويم مهم والبحث التجريبي من وجهة نظرهم نادراً ما يكون له قيمة كبيرة. وفي نقدهم لاختبار بندر جشطالت يأسفون بشدة لنقص الدعامة النظرية ورجحان انخفاض مستوى القصور العقلي.

لذلك يحبذ استخدام الاختبارات النفسية في الإرشاد النفسي لأغراض عديدة:

أولاً. استخدامها وسائل تشخيصية ولو على نطاق ضيق. وقد اقترح" ثورن" Thorne، 1950 مع غيره أن يكون للاختبارات فائدتها لمقدمة للإرشاد، لأنها إذا استخدمت بمهارة وحكمة في بداية العلاج فإنها تسهل العملية بدرجة ملحوظة.

ثانياً. تُعد وسيلة لاختبار الواقع من جانب المسترشد. فقد أوضح "روجرز" Rogers، 1951)) أنه عندما يتلمس المسترشد تطبيقها عليه في مرحلة متأخرة في عملية العلاج فإنها تساعده على اكتساب صورة موضوعية لذاته واهتماماته واستعداداته وقدراته، وبذلك تصبح نتائج الاختبارات أكثر تهديداً للمسترشد، وهنا يتعطل دور العلاج جزئياً.

ثالثاً - إن معاملات ثبات الاختبارات النفسية والعقلية وصدقها غير مقنعة بدرجة كبيرة إذا ما قورنت باختبارات الميول والاستعدادات.

رابعاً. أن المقاييس النفسية قد تكون ذات فائدة كبيرة في تحقيق الدراسات التشخيصية للأفراد الأسوياء أو الطلبة غير المتوافقين دراسياً أو الراغبين في اختيار مهنة ما، ولكن هذا الأمر في كثير من الحالات لا ينطبق على الأفراد المرضى الذين يعانون مشكلات نفسية شديدة كالفصام على سبيل المثل.

لذلك، فمن الضروري عند استخدام الاختبارات النفسية في العمل العلاجي وخصوصاً البرامج الإرشادية المنظمة أن تبنى على خلفية نظرية راسخة كلما أمكن ذلك، حتى يتسنى للمرشد النفسي معرفة التقدم العلاجي الذي أحرزه البرنامج أو الفشل في ذلك، ورد هذا الأمر أو ذاك على النظرية التي يتبناها البرنامج. فعلى سبيل المثال عندما يستخدم المرشد في برنامجه مقياس مفهوم الذات، فإن النتائج التي يحصل عليها سوف تختلف فيما أراد أن يفسرها في ضوء نظرية التحليل النفسي أو نظرية الذات. فنظرية العلاج المتمركز حول المسترشد ترفض استخدام الاختبارات أو وسائل التشخيص الأخرى لأنها جميعاً خارج الإطار المجالي للمسترشد ولا تمثل مجاله الداخلي، مما يجعل من عملية التشخيص مضيعة للوقت، هذا بالإضافة إلى احتمال تدخل عملية التشخيص في عملية الإرشاد فتفسدها لعدة أسباب، منها:

1- احتمال النظر إلى المسترشد باعتباره أمراً خاضع للفحص والدراسة والاختبار مما يتعارض مع الشروط اللازمة والضرورية لحدوث التغير المطلوب.

2- إن التشخيص يجعل المرشد هو المسؤول الأول عن التعامل مع المشكلة وإيجاد الحل المناسب لها مما يتعارض مع المبدأ الرئيسي للنظرية وهو الإرشاد غير المباشر.

3- إن عملية جمع المعلومات قد تصبح أكثر أهمية من عملية الإرشاد نفسها، بحيث ينساق المرشد في عملية التشخيص إلى الحد الذي قد يجعله لا يهتم بما يجري في المقابلة أو ما قد يحدث من تغيير في سلوك المسترشد (القذافي: 1997، 131).

وبالنسبة للإشكالية المتعلقة بالقدرات العقلية للمسترشدين وفائدة الاختبارات العقلية (كالذكاء) على كشفها، ومناسبة الأساليب الإرشادية المختلفة في التصدي لحالات التباين في قدرات المسترشدين العقلية. فقد رأى الكثيرون من علماء النفس والصحة النفسية أهمية الاختبارات العقلية في العلاج النفسي، وأن نجاح الإرشاد يتوقف على قدرة المسترشد العقلية؛ فكلما كان المسترشد يملك قدرة عقلية مقبولة فإن الإرشاد يصل إلى أهدافه المرجوة بصورة واضحة أكثر منه عندما يتعامل مع أفراد يملكون قدرات عقلية منخفضة. وقد اتفق ذلك مع ما توصل إليه "هيلي وبرومر" Heally & Brommer من خلال دراستهما التي أجروها على (400) حالة كانت تأتي إلى الإرشاد. أن الإرشاد تأثر إلى حد كبير بالذكاء، إذ إن نسبة من يفشل معهم الإرشاد النفسي تتناسب تناسباً عكسياً مع زيادة نسبة الذكاء. فالأطفال الذين كانت نسبة ذكائهم بين (80-89) كان منهم (66٪) لم يتغير مستقبلهم ولم ينجح معهم العلاج.

لذلك، فعامل السن (العمر) له دور بارز في عملية نجاح الإرشاد، بالرغم من أنه لا يمكن تحديد سن المسترشد بالحد الأدنى أو الأعلى للإرشاد الناجح، لأن هذا الأمر يتوقف على أمور عديدة منها: أسلوب الإرشاد، والشخص القائم بالعملية، إضافة إلى متغيرات أخرى كثيرة. ورغم ذلك فقد وجد العلماء أن الإرشاد باللعب يفيد ابتداء من سن (12.4) سنة، لأن هذا الأسلوب (اللعب) لا يحتاج إلى التعبير اللفظي الذي يصعب أن يمارسه الأطفال. كما أن الإرشاد المباشر لا يصح قبل سن (10) سنوات، وأنه بعد سن الـ (50) يصعب أن نجد وسيلة لتعليم المسترشد كيف يعيد التفكير في سلوكه أو يوجه نفسه؟

بمعنى آخر لا يمكن أنْ يعلم الكبار أساليب توافق جديدة، أو على الأقل يكون ذلك الأمر صعباً. وفي علاج حالات بعض العملاء الذين كان ذووهم يشكون من حالات السلوك السيكوباتي في شخصياتهم أو تلف في المخ أن ينجح العلاج النفسي في حالات كثيرة منهم، إضافة إلى ما سبق فإن مدى الاستقرار الانفعالي للمسترشد له دور مهم في إنجاح عملية الإرشاد النفسي إلى حد ما؛ فالأشخاص الذين يعانون من درجة عدم استقرار انفعالي شديد لا يستفيدون من الإرشاد النفسي بالقدر الذي يستفيد منه أصحاب السلوك الانفعالي المضبوط (روجرز، 1971، 38).

من هنا، فقد ركز علماء الصحة النفسية والإرشاد النفسي على القضايا التي يجب على المرشد الذي يرغب بتقديم المساعدة للآخرين أن يأخذها في الاعتبار، وهي:

1ـ أن يفكر في الطريقة أو الأسلوب الذي يستخدمه مع المسترشدين، هل تتناسب وطبيعة الاضطراب الذي يشكو منه؟

2ـ هل المقياس النفسي الذي يستخدمه يملك مواصفات بناء الاختبار الجيد من حيث الصدق والثبات؟

3ـ هل المقياس النفسي يقيس الخاصية أو الصفة التي ينبغي على المرشد النفسي التصدي لها ببرنامجه الإرشادي؟

4. هل المقياس يتناسب مع سن العينة التي يتعامل معها؟

5ـ هل المقياس يقيس التحسن الحاصل لدى المسترشد نتيجة لتدخل المرشد أم هو أحد الأدوات المساعدة في ذلك.

6. هل يفسر المرشد النتائج التي توصل إليها المقياس على أنها حتمية وصادقة في حالة المسترشد النفسية دون الرجوع إلى محكات أخرى، كالمقابلة أو التقارير الذاتية من المسترشد نفسه أو من المحيطين به؟

7. هل النظرية التي يتبناها المرشد تسمح باستخدام الاختبارات النفسية والعقلية في التفسير والتقييم.

8 - هل يطبق الاختبار شخصاً غير المرشد النفسي؟ وذلك حتى لا تتأثر نتائج الإرشاد التي يصل إليها المرشد مع المسترشد بنتائج الاختبار.

تاسعاً - مكانة الأجهزة التقنية في العملية الإرشادية:

وكأي مجال من مجالات التكنولوجيا، فقد تغيرت وتحسنت المعدات المستخدمة في تسجيل الجلسات الإرشادية والعلاجية تحسناً كبيراً نتيجة للثورة التقنية والتكنولوجية في مجال الأجهزة السمعية البصرية كالفيديو والانترنت والكاسيت وأجهزة التغذية الراجعة البيولوجية ووسائل اللعب لدى الأطفال...إلخ. والأصل في هذه الوسائل مساعدة المرشد على خلق جو مشجع ومسهل للعمل الإرشادي، ولكن طريقة وضعها وترتيبها في العيادة النفسية يثير الشكوك لدى بعض الحالات. وهنا يثار تساؤل مفاده: هل هذه الأجهزة يجب أن تكون مكشوفة أمام أعين المسترشد أم مخفية؟

في واقع الأمر إن كشف أو إظهار هذه الأجهزة لدى بعض الحالات قد تؤدي إلى إضعاف استعدادهم لتقبل العلاج، وذلك لما سمعه من الآخرين أن في العيادة النفسية لدى المرشد أو الطبيب النفسي جهاز يسمى " جهاز الصدمات الكهربائي، قد يؤلم المريض كثيراً ويسبب له الكثير من المضاعفات النفسية أو البدنية.

كما اختلف العلماء حول مسألة إخفاء المعدات، وخصوصاً كاميرات التصوير، فهناك رأي يقول: يجب إبقاء كاميرات التصوير مرئية في حجرة العلاج، بينما يوضع جهاز الفيديو في حجرة أخرى وذلك لتقليل نسبة الضوضاء، وهذا الترتيب يتمشى مع الاتجاه القائل "إن كل شيء يتصل بالعلاج يمكن إظهاره للمتعالج". وتشير خبرة "نازنين ودونالد " 1973، Nazneen&Donald إلى أن الكاميرات، يمكن استخدامها علانية أمام المسترشد أو الجماعة العلاجية، دون أن تسبب أية إعاقة لعملية الإرشاد.

لذلك، يجب على المرشد النفسي أن يضع هذه الأجهزة في أماكنها المناسبة بحيث لا تثير قلق المسترشد وخوفه منها، وإذا طلب المسترشد توضيحاً عن طبيعة جهاز من الأجهزة فيجب عليه أن يقدم المعلومات الكافية عن استخدامه والحالات المرضية التي تستخدم لأجلها. وإذا كان من الإجراءات التنفيذية للبرنامج استخدام جهاز ما، فعلى المرشد أن يوضح للمسترشد وظيفة ذلك الجهاز ودوره في العملية الإرشادية.

أما إذا كان عمل المرشد يتطلب استخدام جهاز فيديو وكاميرا من أجل تسجيل الجلسات الإرشادية إذا كان هدف البرنامج يتضمن ذلك لأجل تغذية راجعة صادقة وموثقة للتغيرات التي حصلت لدى المسترشد في سلوكه وأفكاره خلال تقدم البرنامج، فيجب على المرشد هنا قبل بدء عملية استخدام هذه التقنية (أثر التغذية الراجعة بالفيديو المسجل على سلوك المسترشد) أن يقوم باستشارة مهندس فيديو حتى يتسنى له اختيار نوع أشرطة الفيديو المناسبة في عمله، والشروط المناسبة في الموقف العلاجي الذي يريده المرشد بغية الوصول إلى الأهداف المرجوة منه (Alger، 1969، 130-135).

ولكن عند استخدم مثل هذه الأجهزة في العلاج الفردي أو الجماعي، هناك مجموعة من التساؤلات تثار حول هذا الموضوع، وهي: ما هو أفضل وقت لإعادة الشريط المسجل؟

وللإجابة عن هذا السؤال يمكن القول: إنه ظهر اتجاهان متعارضان في استخدام هذه الأجهزة في العلاج النفسي. فالاتجاه الأول الذي يتزعمه" ميللر Miller" يرى أن الإعادة السريعة والفورية هي أكثر فاعلية في إحداث التغير الإيجابي المطلوب لدى المسترشد. بينما الاتجاه الثاني الذي يقوده "بيردز وزملاؤه" Paerdes، et al فيرى أنه إذا تم تأخير الإعادة (التغذية الراجعة) لعدة أيام ؛ فالمسترشد يصبح عندئذ أكثر تفاعلاً واندماجاً مع المرشد أو المجموعة العلاجية إذا كان أسلوب العلاج جماعياً.

ويرى "بيرجر" Perger، 1973 أن لهذه الرؤية آثاراً إيجابية في توليد خبرة متكاملة وعميقة وتداعي عظيم لدى المسترشد، كما أنها تقوم بإظهار تداعيات حرة حول مفهوم الذات، وحول الاسقاطات الداخلية الماضية والحاضرة التي من المحتمل أن تقود إلى توضيح أهمية الاستبصار الذاتي في الـ(هنا. والآن)، كما يعلق بيرجر على هذا الأسلوب بأنه ليس شكلاً من أشكال العلاج أو بديلاً عنه، وإنما أسلوب مساعد للعلاج يستخدم في سياقات مناسبة أثناء جلسات الإرشاد أو العلاج.

أما فيما يتعلق بوجود المصور أثناء جلسة الإرشاد وما إذا كان ذلك يعوق عملية الإرشاد. فيرى" دونالد ونازنين " Donald&Nazneen، 1973 أن وجود المصور لا يمثل بالضرورة حتمية، فوجوده في

الموقف العلاجي يعدُّ ميزة عند محاولة تصوير الجماعات الإرشادية، خاصة عندما يوجد نقص في الإمكانيات التكنولوجية مثل "الريموت كنترول"، ومع ذلك فهما يميلان إلى تدعيم الرأي القائل إن وجود المصور لا يسبب عائقاً للعملية الإرشادية في حالة تقديمه لأعضاء الجماعة.

بينما يرى ألجر" (Alger، 1969) أنه عندما يستخدم المصوِّر، فمن الواضح لكل من يهمه أمر الإرشاد أن هذا الفني (المصوِّر) يعد جزءاً لا يتجزأ من الموقف الإرشادي، وأي ردود أفعال تتعلق به، لابد من إبرازها مباشرة في الجلسة الإرشادية نفسها. ففي العلاج الجماعي على سبيل المثال يقوم المسترشدون أنفسهم بدور المصوِّر، وهذه التجربة لا تفيد في كونها نوعاً من الخبرة العملية فقط بل تفيد في تقوية ملاحظات المسترشد الذي يقوم بالتصوير لأشكال السلوك غير المرغوب فيها لدى أعضاء الجماعة الإرشادية، فيبدأ هو بتعديلها تلقائياً.

وأخيراً يمكن القول: إن ثمة مجموعة من العوامل يمكن أن تؤثر في درجة قبول المسترشد أو أعضاء المجموعة الإرشادية للموقف التسجيلي بالفيديو أثناء جلسات العلاج النفسي، منها: الحالة النفسية للمسترشد، نوع الاضطراب الذي يعاني منه، وعدم وجود علاقة وثيقة بين المرشد والمسترشد أو بين المرشد وأعضاء المجموعة الإرشادية، ودرجة الراحة التي يشعر بها المرشد نفسه أثناء تسجيل الجلسة؛ فإذا كان المرشد مرتاحا تماماً لتسجيل الجلسة مع المسترشد، فإنه سوف ينتقل هذا الارتياح بالتالي إلى المسترشد أو أعضاء الجماعة العلاجية. أما إذا وجد أي احتمال بأن الشريط سيراه الآخرون، فإنه ينبغي توضيح ذلك للمسترشد، وأخذ موافقته على ذلك عن طريق استمارة خاصة موقعة منه. وهذا الإجراء سوف يساعد في خفض درجة المعارضة لدى المسترشد في استخدام هذه التقنية أثناء الجلسات، كما يزيد من انفتاح أعضاء الجماعة العلاجية على بعضهم بعضا، ويزيد من ثقة المسترشد بالمرشد، الذي يؤدي في النهاية إلى تحسين العلاقة بينهم.

عاشراً. مكانة أجهزة التغذية الراجعة البيولوجية في العلاج النفسي:

تحتل أجهزة التغذية الراجعة البيولوجية مكانة خاصة في العديد من الدراسات النفسية، وذلك لما لها من أثر كبير في خفض حدة بعض الاضطرابات النفسية والأعراض البدنية المصاحبة لها، وفي مقدمتها القلق النفسي والضغط النفسي بمصاحبة تقنية الاسترخاء العضلي.

وعند الحديث عن عمل هذه الأجهزة ودورها في العملية الإرشادية يتبادر إلى الذهن مجموعة من التساؤلات حول مدى نجاعة هذه الأجهزة في مجال الاضطرابات النفسية. من هذه التساؤلات ما يلي:

إلى أي حد تفيد هذه الأجهزة في ضبط الاضطرابات السلوكية ؟ بمعنى آخر، إلى أي حد يمكننا الاعتماد على مبدأ التغذية الراجعة البيولوجية بالنسبة إلى تحسس المثانة أو سماع ضربات القلب أو معالجة اضطرابات الكلام؟هل يمكن أن تكون التغذية الراجعة البيولوجية عائقاً لنا؟ وهل يمكن لهذه الإشارات أو المعلومات المستمدة منها أن تساعدنا في بناء نوع من الضبط والسيطرة على فعالياتنا العقلية والنفسية والبدنية؟.

ثمة اتجاهان متعارضان لاستخدام هذه الأجهزة باعتبارها مساعدات في عملية الإرشاد النفسي، وهي:

الاتجاه المعارض: فيرى أن جميع أشكال التغذية الراجعة البيولوجية ليست مفيدة، كما أن هذه العملية ليست عملية مدهشة بالنسبة إلى الفعاليات اللاإرادية التي تكون تقريباً عن العمليات الشعورية. كما أن فكرة الحصول على درجة التحكم أو السيطرة بالنسبة للعمليات اللاإرادية، وذلك عن طريق تدريب مناسب من عملية التغذية الراجعة يمكن التطرق إليها من خلال الدراسات حول معدل ضربات القلب، علماً أن هذه الدراسات لا تزال غير حاسمة بشكل تام؛ لأن الدارسين يفترضون أن معدل ضربات القلب يتأثر إلى حد ما بالعوامل الناتجة عن عملية الإدراك والمعرفة (هارولد، 1992، 203-208).

ويرى "روبيرتس ودوجلاس" Ropenes &Douglas، 1984أن البحث في التغذية المرتدة تتصف بالضعف والنتائج المحدودة، وعدم مصداقية النتائج من الناحية التطبيقية، إلا أن هذا اللون من المساعدات العلاجية يمكن أن يكون تأثيره إيجابياً في بداية العلاج فقط وليس في النتائج النهائية للعملية، وأنه ذو فائدة لبعض الأفراد وليس لجميع الأفراد. ويضيف "دوجلاس" قائلاً: " ينبغي أن نقارن التحسن لدى بعض المرضى بمرضى يعانون من نفس الاضطراب ولا يتلقون أية علاج. كما ينبغي على المرشد أن يضبط كل المتغيرات المتدخلة الكثيرة أثناء عملية العلاج، وهذا أمر صعب جداً، كما ينبغي عليه أن يقيِّم عملية العلاج قبل وبعد ومتابعة الحالة بشكل موضوعي (Douglas، 1984، 5).

الاتجاه المؤيد: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن هذا اللون من التقنيات العلاجية غير مؤذ وغير مؤلم للمتعالج، وذو فعالية في علاج الكثير من الاضطرابات السيكوفيزيولوجية، كما أنه لا يؤدي إلى حالة الإدمان عند ممارسها، لأن الفرد يعتمد فيها على التحكم الإرادي النابع من داخله، وأن التدريبات على هذا الأسلوب لا تتطلب مدة طويلة من الزمن. وعلى المرشد الفعّال أن تكون لديه خبرة كبيرة في

مجال استخدام أجهزة التغذية الراجعة البيولوجية، إضافة إلى معرفة الاضطرابات النفسية التي يمكن أن تستخدم معها، والمسترشدين الذين يستجيبون لها.

حادي عشر - الواجبات المنزلية:

تُعد الواجبات المنزلية Home Worksمن الأعمال التي يقوم بها المسترشد، بهدف خفض حدة اضطرابه، باعتبارها إحدى المهمات في نجاح البرنامج الإرشادي. فكثيراً ما نسمع أن هناك برنامجاً إرشادياً تم التركيز من خلال أهدافه ومهماته على الواجبات المنزلية أو التدريبات ذات العلاقة بالبرنامج خارج جلساته، كالتدريب على الاسترخاء العضلي لمدة (15) دقيقة يومياً عندما يشعر المسترشد بالتوتر أو الضغط النفسي الناجم عن صعوبة الدخول في علاقة إيجابية مع الآخرين، أو عندما يطلب المرشد من المسترشد الذي يعاني من اضطراب نقص الانتباه المصاحب للنشاط الزائد أن يركز انتباهه على الخطوات اللازمة لتنفيذ مهمة من المهمات ككتابة وظيفة مدرسية أو قراءة نص أدبي عندما يكون في المنزل، لأن ذلك يساعده على ضبط انتباهه، وبالتدريج يصبح المسترشد أكثر قدرة على الانتباه وخفض النشاط الزائد لديه.

إن الواجبات المنزلية هي إحدى الفنيات السلوكية التي يستطيع الفرد من خلالها تعميم التغيرات الإيجابية التي تحدث له نتيجة للبرنامج، كما تساعد على نقل المواقف المتخيلة إلى مواقف طبيعية. ونجد الكثير من فنيات التدريب على الواجبات المنزلية لدى "ميكينبوم "Meichenbaum التي تركز على التعليم الذاتي التلقائي في تعديل السلوك، والغرض من ذلك حسب "ميكينبوم" هو التحقق بصفة مستمرة ما إذا كان التغيير في الكلام والحوار الداخلي سيؤدي إلى تغييرات في التفكير والشعور والسلوك. وتقوم فكرة الواجبات المنزلية على أساس تكليف المسترشد بالقيام ببعض الواجبات المنزلية التي تحدد عقب كل جلسة لمواجهة الأعراض، وينطوي الواجب على مراجعة المسترشد للجلسة بتصور نفسه يعيدها، فيقوم بتسجيل المعلومات السلوكية السلبية في عمود والاستجابات الإيجابية المعقولة في عمود مقابل في الصفحة الخاصة بتنفيذ الواجب، ثم يعطي لنفسه درجة مناسبة عند تنفيذ الواجب، وبالتالي فإن النجاح في أداء الواجبات المنزلية وبشكل متدرج يتيح الفرصة لاكتشاف الذات وتطابقه، وهذا من شأنه أن يساعد في تغيير مفهوم الذات السبي إلى مفهوم الذات الإيجابية. كما أنها تساعد المسترشد على اكتشاف إمكانياته، وتزيد مداركه بأن الذي يفعله المرشد يستطيع هو أن يفعله بنفسه، وبالتالي تتيح الفرصة للمسترشد لاكتساب خبرات ذاتية من خلال تنفيذ الواجبات المنزلية.

ومن الواضح أن هذه الطريقة يصلح استخدامها مع الأطفال الصغار ومع الكبار، وهي تصلح أيضاً مع من يقوم بتنفيذ البرنامج الإرشادي مثل الأب والمعلم. قد ذكر المؤلف مجموعة من البرامج الإرشادية، وضمن بعضاً منها واجبات منزلية يقوم المسترشد بتنفيذها في المنزل باعتبارها تدريباً مكملاً لخطة الإرشاد، وتتناسب مع طبيعة المشكلة، وعمر المسترشد. وينبغي الإشارة هنا إلى أن هناك العديد من الشروط التي يجب على المرشد الأخذ بها عندما تتضمن خطته الإرشادية تدريبات منزلية، وأهمها مايلي:

1ـ أن يكون المرشد متمكناً من النظريات النفسية الخاصة بتعديل السلوك، وأن تكون لديه قدرة كافية بمعرفة ديناميات المسترشد، وإذا تحقق ذلك عليه أن يضيف بعداً جديداً في مهاراته وقدراته وهو التدريبات المنزلية من أجل أن يُحدث التعديل المطلوب في سلوك المسترشد.

2ـ أن يعرض المرشد الواجبات المنزلية على المسترشد حتى يتمكن من أن يختار منها ما يمكنه تنفيذها، وعلى كم الواجبات المطلوب تنفيذها، والاتفاق على كيفية التنفيذ.

3ـ يجب أن تصمم الواجبات في ضوء قدرات المسترشد وأن تعرض بطريقة سهلة التنفيذ.

4ـ تصميم بطاقة عمل وفق خطوات الإرشاد، تعطى للمسترشد أو من يقوم بتنفيذ البرنامج، ويطلب منه كتابة ما كلف به وتقدير مستوى تنفيذه لها بشرط أن يعيدها للمرشد في الجلسة التالية.

5ـ الاتفاق على الفترة الزمنية المطلوبة لإنجاز الواجب، إذ إنه في حالات كثيرة يكون لدى المسترشد أعمال معينة قد تعوق إنجاز العمل المطلوب منه. لذلك يطلب من المسترشد إعادة الواجب، ولا ينتقل من واجب لآخر إلاّ إذا انتهى من الواجب المنزلي المتفق عليه.

6ـ أن تقدم المشكلات المطلوب حلها في الواجبات المنزلية حسب الأولوية كالمشكلة التي سيكون إرشادها تمهيداً لإرشاد مشكلات أخرى (سعيفان،2001، 258).

7ـ شرح المرشد للمسترشد العمل المطلوب تنفيذه، والتأكد من فهم ما هو مطلوب منه.

8ـ مساعدة المسترشد على ربط تنفيذ واجباته بنشاطاته اليومية العادية كالمذاكرة، أوفي أثناء اللعب، أو في أثناء الاستراحة.

ومن هنا، نؤكد على ارتباط الواجبات المنزلية بموضوع الجلسات الإرشادية وأهدافها، كما ينبغي مشاركة الأفراد في تحديد ما سوف يقومون به من أنشطة وأعمال خارج الجلسات، بهدف التأكد على المفاهيم والمعلومات والمهارات التي اكتسبوها أثناء الجلسة أو التمهيد للجلسة التالية، أو التحقق من

الممارسة الإيجابية لمراحل البرنامج، ووسيلة مفيدة للتقويم الذاتي الذي يتعرف المسترشد من خلالها على مدى ما حققه من إنجاز في اكتساب بعض المهارات.

ثاني عشر - مشكلة إنهاء عملية الإرشاد:

إن إنهاء العلاقة الإرشادية من أصعب جوانب العلاقة وأكثرها إثارة للإحباط، وربما يحدث الإنهاء بالاتفاق المتبادل بين المرشد والمسترشد أو بطريقة متسرعة قبل الأوان. وعندما يوافق المرشد والمسترشد على أن أهداف العلاج أو الإرشاد قد تحققت فإنهما قد يتفقان على نحو متبادل أن هذا هو الوقت المناسب لإنهاء العملية أو العلاقة، وهنا ربما نتوقع بعض مشاعر الحزن المرتبطة بانفصال طرفي العلاقة الإرشادية، وقد يصل الأمر إلى القلق عند المسترشد لما كان يمثله المرشد من مصدر للأمن في حياته.

وعندما يصل المسترشد لدرجة من الاستبصار Insight بالذات، والذي يعني العملية التي يقوم بها الفرد بإدراك نفسه، وإدراك معاني جديدة في خبرته الشخصية، كما أنه يدرك علاقات جديدة بين الأسباب والنتائج، ثم تجعله يحصل على فهم جديد للمعاني التي كانت تدل على مظاهر سلوكية سابقة، ويفهم بها الأسس التي كان يقوم عليها هذا السلوك. وهذه المعرفة هي المقصود بكلمة الاستبصار (غالي: 1980، 73).

ويعدُ الاستبصار بالذات إجراء هام في العملية الإرشادية باعتباره يلمس صميم بناء الشخصية لدى الفرد، حيث يقوم بالتعرف على ذاته بنفسه. وبعبارة أخرى هو العين الذاتية للفرد التي يرى من خلالها ذاته (كما هي) من دون تصنع أو تكلف، إنها محاولة لمعرفة الذات حين يستعرض الفرد مواطن القوة ومواطن الضعف، وهو بذلك يتلمس غير قليل من أسباب مشكلته بصورة محايدة.

كما تكمن أهمية الاستبصار بالنسبة للفرد في معرفة ذاته كما يدركها على حقيقتها دون تحريف أو تشويه، في ضعفها وقوتها، والأسباب التي يؤدي إلى حالة الضيق والتوتر التي يعاني منها، وخبراته الانفعالية المؤلمة وتداعياتها وآثارها العصبية والحركية، إلى ما هناك من مواقف مؤلمة. وعندما يصل إلى هذا المستوى من الوعي، فإنه بذلك سوف يتخلص من تلك الأقنعة المزيفة والخبرات المشوهة العالقة بالذات، والتي أدت به إلى هذه الحالة المؤلمة، لتظهر ذات جديدة، ورؤية سديدة في التعامل مع المواقف الحياتية.

وتتجلى أهداف الاستبصار لدى الفرد في الآتي:

أ. الوعي بالكيفية التي ينظر بها المسترشد لنفسه، والكيفية التي يتم فيها النظر إليه من قبل الآخرين.

ب ـ معرفة أي من المشاعر المسيطرة على سلوكه، والمناسبات التي تظهر فيها تلك المشاعر.

ج ـ معرفة الكيفية التي تؤثر فيها السمات السلوكية للمسترشد على الآخرين.

د ـ معرفة العلاقة بين القيم المعلنة والسلوك الفعلي والدوافع الأساسية لسلوك الفرد، والافتراضات حول الذات والآخرين، وفترة الحياة التي تكمل سلوكه.

وبناء على ذلك، فإن معرفة الذات والاستبصار بها تتم عن طريق:

ـ فهم الذات كما هي في واقعها الحياتي.

ـ تحديد مواطن الضعف والقوة.

ـ تحويل مواطن الضعف إلى مواطن قوة، عن طريق تعليم أساليب جديدة في التعامل مع مواقف الحياة المختلفة (الهاشمي: 1994 228).

لذلك، يمكن القول إن عملية الاستبصار بالذات تعدُّ أسلوباً متميزاً تتيح للفرد أن يستكشف اتجاهاته ومشاعره وأفكاره بطريقة تلقائية، وخصوصاً التناقضات وعدم الاتساق بين مفهومه عن ذاته الواقعية ومفهوم الذات المثالي والوجوبي والتي تسبب له القلق والاكتئاب النفسي، والسلوكيات غير المتسقة مع الإطار المرجعي الذي يعيش فيه الفرد.

ونتيجة لهذا الاستبصار يستطيع الفرد استحضار الخبرات السلبية (المشوهة) التي ارتبطت بالذات، ويبدأ بتحليلها وفقاً لمفهومه عن ذاته، فالخبرات المشوهة والمنكرة في الذات يستبعدها، بينما الخبرات التي تتسق مع مفهوم الذات ترمز في بينة الذات.

أما عملية الاستبصار فتتم عبر الإجراءات التالية:

أ. **إدراك العلاقات القديمة والحقائق في ضوء علاقات وأوضاع جديدة:** ويعني إدراك ووعي الفرد لحقائق هامة عن طبيعة المشكلة وأعراضها التي يعاني منها. وعن طريق الاستبصار يدرك أن مشكلته لم تتغير، وإنما الذي يتغير هو نظرته بطريقة أخرى للحقائق القديمة، والمرور بخبرة جديدة تجعله يكتشف علاقات جديدة بين مواقف متباينة بعد أن يقوم بعملية تفريغ انفعالي للشحنة الانفعالية المتعلقة بالمشكلة التي يعاني منها.

وثمة تساؤل يثار في هذه المسألة: لماذا لا نوفر الجهد والوقت ونخبر الفرد بتلك العلاقات الجديدة بدلاً من أن ننتظر طويلاً حتى يراها بنفسه؟ نعتقد لو فعل ذلك مع المسترشد، فإننا نثير لديه المقاومة والرفض، أما لو تركناه يستبصر بنفسه تلك العلاقات، ويتقبل الأوضاع الوجدانية والانفعالية لديه، فإننا نكون قد وصلنا إلى الغاية المنشودة من الاستبصار.

وفي العملية الإرشادية، فإن مناخ التقبل والتسامح الذي يبديه المرشد للمسترشد يساعده في ذلك على ادارك العلاقات التي كانت غير موجودة بين دوافعه الشخصية وسلوكه المضطرب (عادة التدخين) على أنها حقائق، ولا يجد مشقة في الاعتراف بكل الأحاسيس التي كانت تساوره، والتي كانت في يوم ما لا يعترف بها ولا تقرها العادات الاجتماعية.

ب ـ **فهم الواقع وتقبله والتوافق معه:** ويعني ذلك أن الفرد عليه أن يتقبل واقعه كما هو، وليس على طريقة المغلوب على أمره، ولكن بطريقة الفاهم للحياة المتبصر بالأمور. فإذا لم يستطع الفرد تقبل ذاته والعالم الذي يعيش فيه، فإنه في الواقع لا يستطيع أن يصل إلى استبصار يساعده على علمية الاختيار بين البدائل.

ج ـ **عنصر الاختيار أو الإرادة الخلاقة:** إن الاستبصار الناجح لا بد أن يتضمن اختياراً إيجابياً لأهداف أكثر إشباعاً للرغبات. فعندما يرى المدخن على سبيل المثال ضرورة اختيار بين أحد الأمرين:

- إشباع الرغبات الحالية للمدخن من خلال تعاطي السجاير
- ما يحصل عليه من تعزيزات مادية أو معنوية من الكبار نتيجة لإقلاعه عن التدخين.

فإذا سلك المسترشد الأمر الثاني، فإننا نتوقع أن الفرد قد استفاد من عملية الاستبصار وذلك من خلال التمييز بين مصادر الإشباع القديمة. والمصادر الجديدة بطريقة تلقائية. وعندما يتولد الاستبصار لدى المسترشد، وتتكون لديه ثقة جديدة بنفسه، تبدأ فكرة إنهاء التواصل مع المرشد. وفي تلك اللحظة التي يفكر فيها هو أو المرشد بهذا الأمر، تتنازع المسترشد مجموعة من المشاعر المتضاربة، هي:

1ـ الخوف والقلق من عودة المشكلات التي أجبرته للمجيء إلى العيادة النفسية بالظهور مرة أخرى، وذلك بعد أن لاحظ الفرق بين حالته النفسية قبل العلاج والحالة التي وصل إليها الآن من تحسن.

2ـ قد يشعر بأن المرشد سوف يتركه بعد ذلك من دون أن يقدم له استشارة ما، أو من دون مساعدة في حل مشكلاته المستقبلية.

3ـ يحاول المسترشد أن يقدم مجموعة جديدة من المشكلات لم يطرحها في السابق على بساط البحث في جلسات الإرشاد الآن، ويطلب منه المساعدة على حلها. والغاية من وراء ذلك هي الخوف من عدم التواصل مع المرشد الذي منحه الثقة والأمان والتقبل، والخوف كذلك من الشعور بالاستقلالية الكاملة عن المرشد. 4ـ وعندما يخبر المرشد المسترشد بقرب الانتهاء من العلاج تنتاب بعض المسترشدين مشاعر متناقضة: مشاعر التعلق الحميم والارتباط العاطفي أحيانا، ومشاعر الكراهية والحقد والعدوانية أحياناً أخرى، وقد يصل به الأمر في الحالة الثانية إلى قتل المرشد.

وقد تحدث تلك المشاعر لدى أغلب المسترشدين، إلاّ أن دور المسترشد يجب أن يكون رياديًا في عملية إنهاء جلسات العلاج، وذلك من خلال تركيزه على الخبرات الإيجابية التي اكتسبها المسترشد في أثناء عملية التدخل، وكذلك على التغير الإيجابي في سلوكياته وأفكاره ومشاعره، وأن هذه التغيرات هي ثمرة علاقة علاجية ناجحة وليس ثمرة علاقة اجتماعية، وأنه أصبح ـ نوعاً ما ـ قادراً على التوافق مع متطلبات الحياة المتغيرة. وعند هذا الحد يقوم المرشد بإثارة موضوع ما من الموضوعات العامة والطلب من المسترشد إبداء رأيه في هذا الموضوع، والغاية من وراء ذلك هي إزالة الحواجز المهنية بينه وبين المسترشد وجعله يتصرف ويفكر بصورة مستقلة عن المرشد.

ومن المهم كما يرى كثير من الباحثين والممارسين أن تُترك فرصة أو فسحة من الوقت لمناقشة هذه المشاعر قبل عملية الإنهاء، ولكي يتم الإنهاء على نحو سهل وغير صادم أو محبط فإن الطرفين يجب أن يعرفا متى ستكون الجلسة الأخيرة، وأن زمن عملية الإنهاء غير محدد فقد تنتهي العملية في جلسة واحدة وقد تستغرق أسبوعا وقد تستغرق شهراً وقد تستمر إلى سنة أو أكثر، ومهما كانت الفترة فإن عملية الإرشاد هي علاقة مهنية موقوتة يمضي بعدها كل في طريقه.

وبشكل عام، يتحدد إنهاء العملية الإرشادية بتحقيق أهدافها، وشعور المسترشد بقدرته على الاستقلال، والثقة بالنفس، والقدرة على حل مشكلاته، وشعوره العام بالتوافق والصحة النفسية.

ثالث عشر ـ مؤشرات نجاح البرنامج الإرشادي أو فشله:

لا يوجد إجماع على مؤشرات محددة، يمكن أن تعتمد على نتائج البرنامج أو معرفة مدى تحقيق أهدافه وفوائده حتى يمكن تسويغ أو تبرير ما ينفق عليه من أموال وجهود. وقد يعزّى ذلك إلى حد كبير إلى استخدام ما يطلق عليه عينات صغيرة من المسترشدين في الدراسات الخاصة بنتائج

الإرشاد ، وممن اختيرت هذه العينات، وبالتالي فقدان القوة الكمية والكيفية لقياس تفاعل المسترشد مع الإرشاد .

كما ركزت المدارس الإرشادية والعلاجية كثيراً على نتائج العلاج والتغير الحاصل في شخصية المسترشد على أنه الدليل الكافي لنجاح البرنامج الإرشادي الذي يتبع الأرضية النظرية للمدرسة التي ينطلق منها البرنامج. بالرغم من اتفاق جميع المدارس العلاجية على إحداث التغير في سلوك المسترشد وأفكاره ومشاعره واتجاهاته من خلال اكتشاف الذات، والتبصر بالذات، والوعي الذاتي، وتحسين مفهوم الذات لدى المسترشد ، إلا أن الخلاف بين تلك المدارس تمحور حول تفعيل تلك الجوانب من شخصية المسترشد ؛ فنظرية الذات لدى روجرز على سبيل المثال ركزت على التطابق والانسجام بين مفهوم الذات والخبرة، بينما تناولت نظرية التحليل النفسي مسألة إنماء الأنا وتطويرها بحيث تصبح قوية في تنفيذ متطلبات الهو والأنا العليا بحرية تامة. أما النظرية السلوكية فتوجهت في ذلك على خفض الأعراض المرضية القابلة للملاحظة والقياس.

وهناك دليل قوي على تقدير الذات بوصفه مؤشراً ما قبل الإرشاد ؛ فالمسترشدون الذين لديهم درجات منخفضة على مقياس "روزبيرج"Rosenberg،1965 على سبيل المثال لا يتجاوبون بدرجة كبيرة مع الإرشاد النفسي. وقد وجد أيضاً أن التشويه في الاتجاهات قبل الإرشاد أو العلاج يعدُّ مؤشراً للتفاعل مع الإرشاد ، فقد تبين أن المسترشدين الذين يشكون من تشويه حاد في الاتجاهات كانوا الأفضل في الاستجابة للإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي والعلاج النفسي التفاعلي. ومن الصعب تفسير النتائج التي تحتاج إلى تكرار الدراسة على عينة أكبر من المسترشدين، ولكنها متطابقة مع دراسة " والش وزملائه Walsh et al ،1991 حيث وجد أن المرضى الذين تجاوبوا مع علاج "الديسيبرامين" حصلوا على نتائج أفضل في استبيان شكل الجسم، مقارنة بغير المتجاوبين مع الإرشاد . كما لم يظهر متغير آخر أي نتائج مهمة. إذ أصبح من المعروف إكلينيكياً أن ظهور الاضطرابات الشخصية خاصة "الشخصية الحدية" Borderline Personality، يميز بنوعية فرعية من المسترشدين الذين يصعب علاجهم ولا يتجاوبون للعلاج المعرفي/ السلوكي، وعدد قليل من مرضى الشره العصبي دائماً ما يتم تشخيصهم باضطراب الشخصية. وتشير البيانات المأخوذة من دراسة أجريت مؤخراً في ستانفورد أن المسترشدين الذين يشكون من اضطرابات في الشخصية خاصة خصائص مجموعة (B) يتعاملون بشكل رديء مع العلاج المعرفي السلوكي (بارلو : 2002، 726).

أما نظرية الذات عند "كارل روجرز Rogers،1951 فقد ركزت في هدفها الإرشادي على زيادة فهم الفرد لذاته، على الرغم من غموض هذا الهدف إلا أنه يحمل مضامين وأبعاد عامة. ولتخطي هذه المشكلة رأت المدرسة الروجرية (نسبة إلى مؤسسها كارل روجرز) أنه يمكن التغلب عليها من خلال إعادة البناء المعرفي للمسترشد، وأن تحسين مفهوم الذات يجب أن يحدث تغيرات في سلوكه يكون المسترشد قادراً على ملاحظتها. ويرى "ايزنبرغ وديلاني" (1994 : 89) أن مفهوم الذات هو مفهوم مهم، لأنه متضمن في فهم السلوك الإنساني، ولا يستطيع هذا المفهوم بخاصة إذا استعمل بشكل دقيق أن يساعد على فهم ووصف أنماط السلوك عند الآخرين، وفي تعميم أفكار معينة حول أساليب مساعدتهم. وأن الاستعمال غير المميز لهذا المصطلح دون الاعتراف بغموضه يمكن أن يقود لتفكير سطحي حول المسترشد والهدف من مساعدته.

وفي دراسة أخرى في جامعة "جونس هوبكنز Johns Hopkins Univ" هدفها مقارنة أشكال مختلفة من الاضطرابات النفسية، شملت (54) متعالجاً يترددون إلى العيادة النفسية، وثلاثة معالجين يستخدم كل منهم ثلاث طرائق في الإرشاد هي: الإرشاد الجماعي، والإرشاد الفردي، والإرشاد المختصر، بواقع (13) جلسة. وقد استخدم المرشدون المحكّات التالية للتعرف إلى نجاعة كل علاج:

1. نقص في الانزعاج.
2. النقص في تصرفات الفرد غير السوية.

وتم التقويم بعد ستة أشهر من انتهاء الجلسات الإرشادية، وبينت النتائج جدوى الإرشاد عامة مع اختلاف في أفضلية بعض أشكال الإرشاد (الرفاعي: 1982، 24).

كذلك وجدت رابطة علم النفس الأمريكية في دراسة إحصائية لوزارة الصحة والتربية والرفاهية الاجتماعية أن كل دولار ينفق على الخدمات العلاجية،كان العائد أكثر من تكاليف العلاج. كما وجد "هير Herr، 1985" من خلال مراجعته لعدد من البحوث التي أثبتت فاعلية البرامج الإرشادية في تنمية الطلبة مايلي:

أ- كان إرشاد الأقران مفيداً في مقاومة الشعور بالعزلة والضغوط، كما كان مفيداً في زيادة المؤازرة والاندماج مع الطلبة.

ب- إن التدريب التوكيدي يفيد الطلبة في تحسين مهارات التعبير عن الذات.

ج- إن البرامج العقلية الانفعالية مهمة في تعديل اتجاهات الطلبة نحو مركز الضبط من الخارج إلى الداخل.

وبصورة عامة، يمكن للمعالج أو المرشد النفسي الذي يسعى إلى معرفة جدوى البرنامج الإرشادي أو العلاجي الذي يطبقه أن يأخذ باعتباره النقاط التالية:

1. الوقوف عند مردود التحسن في الأعراض والتوافق الشخصي والنفسي لدى المسترشد بغض النظر عن الاتجاه الذي يتبناه.

2. القدرة على ضبط المتغيرات كشخصية المرشد وطريقته في ممارسة مهنته، وشخصية المسترشد، ونوع الاضطراب الذي يتجه إليه الإرشاد والعناصر المتدخلة في الموقف، وعامل الزمن.

3. اعتماد محكات واضحة في بيان النتائج كالاختبارات النفسية والتقارير اللفظية التي يدلي بها المسترشد نفسه والآخرون المحيطين به، إضافة إلى ملاحظة سلوكه وتصرفاته في الممارسة العملية اليومية.

ونستنتج مما سبق، إن العملية الإرشادية لا تخلو في بعض من الأحيان من مشكلات قد تؤثر على سيرها بالأساليب الصحيحة للوصول إلى الأهداف المنشودة، لكن المرشد المدرب التدريب الكافي يعمل جاهداً للتقليل منها ومعالجتها والتغلب عليها عند حدوثها فعلاً، وذلك استناداً إلى خبرته المهنية والفنية الواسعة في مجال التدخل الإرشادي.

الفصل السابع
تقويم وتقييم البرامج الإرشادية

- أهمية تقييم البرامج الإرشادية
- أهداف تقييم البرامج الإرشادية
- مضمون عملية التقييم
- خطوات تقييم البرامج الإرشادية
- طرائق التقييم .
- طرائق تحديد فاعلية البرنامج .
- القائمون على عملية التقييم .
- تقييم البرامج الوقائية
- تقييم برامج التربية الخاصة
- نموذج استمارة تقييم للبرنامج الإرشادي

الفصل السابع
تقويم وتقييم البرامج الإرشادية

مقدمة:

إن النظرية هي مجموعة منظمة من الآراء التي توضح الاتجاه نحو تفسير أكبر عدد ممكن من الظواهر في ميدان الإرشاد النفسي، كما تحدد الوسائل العملية في معالجة هذه الظواهر. والحقيقة أنه لا يوجد هناك منهج واحد أو طريقة واحدة في الإرشاد النفسي لحل جميع المشكلات التي تحتاج إلى إرشاد. والعملية الإرشادية تتطلب دائماً التدريب والخبرة والأخذ بطرف من كل منهج وكل طريقة من طرائق الإرشاد، كذلك قياس النتائج المرغوبة لمعرفة الأثر الذي تتركه تطبيقات النظرية في الواقع العملي، سواء كانت التطبيقات في مجال الوقاية، أو تنمية قدرة من القدرات لدى بعض الأفراد، أو علاج مشكلة مستعصية من المشكلات التي يتناولها الإرشاد النفسي.

ويقصد بكلمة "برنامج Program" هنا مجموعة العمليات أو الإجراءات التي من شأنها أن تنتج آثاراً مرغوبة في سلوك المسترشد وأفكاره ومشاعره. وهذه البرامج بحاجة ماسة أيضاً إلى عملية تقويم مستمرة، بهدف معرفة الأثر الذي تتركه لدى المسترشد من تحسين علاقاته الاجتماعية على سبيل المثال أو لمعرفة جوانب النقص في البرنامج التي يمكن تلافيها حين تطبيقه مرة أخرى على أفراد متماثلين من حيث العمر والجنس والمشكلة.

ويُعد تقويم البرامج الإرشادية ضرورة لا غنى عنه في كافة المجالات؛ فالتقويم يساعد المرشد النفسي على التعرف إلى مدى الحاجة إلى برنامج معين قبل تنفيذه، كما يساعد على التعرف إلى مدى تحقيق الأهداف التي أُعدّ من أجلها، وما إذا كان تحقيق هذه الأهداف يتم بأفضل الطرق، وكذلك يساعد في الإجابة عن سؤال مهم فحواه: هل يستمر البرنامج كما هو؟ أم يحتاج إلى تعديل؟ أم أنه غير ذي جدوى ومن الأفضل أن يتوقف؟.

لذلك، فالتقويم البرامج الإرشادية يساعد واضعيها البرامج ومنفذيها على التعرف إلى النتائج سواء المتوقعة إذا كان ذلك في المراحل الأولى أو في المراحل النهائية؛ أو ربما قبل ذلك في أثناء الدفاع عن اقتراح البرامج والحاجة إليها وتحديد أهميتها إذا كنا في مرحلة تنفيذ الخطة أو في دورة من دورات البرامج.

والتقويم أيضاً يساعد في إدخال التحسينات اللازمة على البرامج المنفذة فعلاً بقصد زيادة فاعليتها من حيث تحقيق مستوى أعلى من الفائدة أو زيادة كفاءتها كتقليل الإنفاق والجهد والوقت اللازمين لتحقيق أهداف الإرشاد.

ويبدو من هذا العرض أن التقويم قديم قدم البشرية نفسها، حيث لا غنى للإنسان في حياته فرداً أو جماعة أو مجتمعاً عن جميع المعلومات واستخدامها في التخطيط لشؤون حياته أو لإعداد ما يلزم لمواجهة الظروف الصعبة التي يعاني منها أو لتعديل أسلوب حياته بناء على متغيرات طرأت عليها أو الاستمرار في ممارسة أساليب وطرائق تثبت فائدتها بالنسبة إليه. كما أن التقويم يحتل مكانة مميزة في عملية الإرشاد النفسي من حيث البدء بالعملية وإقامة العلاقة الإرشادية بين المرشد والمسترشد مروراً بتشخيص المشكلة وأدوات القياس النفسي المستخدمة في ذلك، ووضع الأهداف للبرامج الإرشادية، وتنفيذ الخطة الإرشادية، وتقويم النتائج التي توصل إليها البرنامج في ضوء الأهداف المرسومة والأدوات وكذلك الوسائل المستخدمة سواء أكانت اختبارات نفسية أو شخصية أو تقارير من جانب المسترشد أو من جانب الآخرين المحيطين بالطفل، وذلك من خلال دلالات الأعراض الإكلينيكية التي يتوصل إليها المرشد بمقارنتها بدلالات الأعراض قبل بدء البرنامج الإرشادي.

مفهوم التقويم Evaluation:

يقوم أي فرد منا في حياته اليومية بمناشط وسلوكيات مختلفة بهدف إشباع حاجاته وميوله أو بذل جهد معين لتحقيق هدف ما، وبعد الانتهاء من تنفيذ أي عمل لأي برنامج كثيراً ما يطرح الفرد على نفسه عدة أسئلة تدور حول كيفية قيامه بالعمل ومدى تحقق الأهداف، وكيفية التغلب على الصعوبات التي واجهته. وتشكل هذه الأسئلة في حقيقة الأمر صورة مصغرة بعملية يطلق عليها عملية التقويم.فما المقصود إذن بهذه العملية.

يشير مصطلح التقويم (Evaluation) إلى عدة معانٍ، فهو يعني بيان قيمة الشيء، ويعني كذلك تعديل أو تصحيح ما أعوج. أي التصحيح وإزالة الاعوجاج في الشيء، ويعني في مختار الصحاح: قَوَّمَ السلعة أو الشيء تقويماً، فهو قويم أي مستقيم، وقوام الأمر أيضاً ملاكه الذي يقوم به. بمعنى آخر يستخدم هذا المصطلح لغرضين أساسيين أولهما معرفة الجوانب السلبية والأخطاء التي ارتكبها الفرد نتيجة لعمله وتصحيحها بشكل إيجابي، وثانيهما إصدار حكم (كيفي) على قيمة الأشياء أو إنجاز عمل ما وإعطائها تثميناً.

إذن، فمفهوم التقويم هو عملية يقوم بها الفرد أو الجماعة لمعرفة مدى النجاح أو الفشل في تحقيق الأهداف العامة التي يتضمنها العمل، وكذلك نقاط القوة والضعف به حتى يمكن تحقيق الأهداف المنشودة بأحسن صورة ممكنة.

ويعرف"ستشمان" (1967) Suchman التقويم بأنه تحديد النتائج التي نحصل عليها من نشاط مخطط لتحقيق هدف له قيمة، والذي يتضمن:

أ. عملية التحديد: سواء قام ذلك على أساس من آراء أو سجلات أو بيانات ذات طبيعة ذاتية كالتقارير، أو موضوعية كالاختبارات النفسية أو الشخصية.

ب ـ معايير: أي النتائج سواء كانت مرغوبة أو غير مرغوبة، مؤقتة أو دائمة، فورية الظهور أو مؤجلة.

ج ـ منبه أو مثير: هو النشاط سواء أكان برنامجاً أو جزءاً منه أو طريقة علاج.

د ـ قيمة: الهدف سواء كان نهائياً أو وسيطاً أو مباشراً أو كان جهداً أو أداء في المدى القريب أو المدى البعيد (الفقي: 2005، 393ـ394).

وقد عرف "بلوم" (1967) Bloom التقييم: " بأنه إصدار حكم لغرض ما على قيمة الأفكار، والأعمال، والحلول، والطرائق المستخدمة، ويتضمن استخدام المحكات Criteria والمستوياتStandards والمعايير Norms لتقدير مدى كفاية الأشياء ووقتها وفعاليتها، ويكون التقييم كمياً أو كيفياً" (أبو لبدة: 1986، 63).

بينما يعرف التقويم بأنه عملية تنظيم المعلومات، وعملية الحصول عليها، وعملية تزويد بها لتكون المعلومات مفيدة في الحكم على قرارات يحتمل في بعضها أن يكون بديلاً لبعضها الآخر (الرفاعي: 1985، 20).

ويرى "مخائيل" (1997) إن التقويم أو التقييم هو إصدار حكم على قيمة الأشياء أو الأشخاص أو الموضوعات، وقوم الشيء، أي وزنه، وقدر قيمته أو أعطاه وزنه وقيمته، ويقترب هذا المعنى للتقويم مع المعنى الذي طرحه قاموس "وبستر" الذي ينص على أن التقويم هو تحديد قيمة الشيء، أو أنه الفحص والحكم". ويتطلب التقويم بوصفه عملية إصدار حكم قيمة الشيء المقدر واستخدام مستويات أو معايير معينة لتقدير هذه القيمة، ويتضمن بمعناه الواسع التحسين والتطوير الذي يتم اعتماداً على هذه الأحكام.

بينما تعرف "الفرخ وتميم" (1999 : 181) تقييم البرامج الإرشادية بأنها عملية تقدير القيمة، وعملية نقدية مهمة للكشف عن مدى فاعلية البرنامج، ومدى نجاحه وفشله، ويشرك في هذه العملية جميع المعنيين بالبرنامج، وهي عملية مستمرة من أول التخطيط عبر التنفيذ، وأثناء الجلسات والإجراءات وبعدها وحتى المتابعة ويجب تقييم البرنامج مرة أو مرتين في السنة.

ويبدو من هذا العرض أن التقويم لا ينحصر في تشخيص الواقع بل أيضاً علاجه لما به من عيوب، إذ لا يكفي أن تحدد أوجه القصور، وإنما يجب العمل على تلافيها والتغلب عليها، والتقويم عملية عامة ليس فقط في مجال التربية وإنما في جميع مجالات الحياة؛ فطالما يقوم الإنسان بعمل ما، فعليه أن يعرف نتيجة هذا العمل، وعليه أن يعرف أيضاً الأخطاء التي يقع فيها حتى لا تتكرر منه مرة ثانية، وبذلك يتوصل إلى أداء أفضل وإنتاج أحسن. والتقويم في مجال الإرشاد النفسي يمثل خطوة مهمة في عملية الإرشاد، حيث يحتاج المرشد النفسي في أثناء عمله إلى معيار كي يحكم على مدى نجاحه في تطبيق الخطة الإرشادية مع المسترشد ومقدار التحسن الذي تحقق في خفض أعراض الاضطراب الذي يشكو منه المسترشد وذلك في ضوء الأهداف التي تم الاتفاق عليها في بداية العملية الإرشادية. بمعنى آخر إصدار حكم قيمة على مدى ما تحقق من الأهداف المنشودة التي وضعها كل من المرشد والمسترشد.

وفي ضوء ذلك يعرف "الببلاوي وعبد الحميد" (2002 : 123) التقويم بأنه العملية التي يتم من خلالها التخطيط والتنفيذ للحصول على معلومات أو بيانات عن نتائج عملية الإرشاد، وذلك لإصدار حكم في ضوء الأهداف التي تم تحديدها مسبقاً.

بينما يعرفه "الشناوي (1996 : 476) " بأنه تحديد كفاءة وفاعلية برنامج ما مقارنة ببرامج أخرى مماثلة بالرجوع إلى الأهداف التي تم وضعها سابقاً، وتتناول هذه العملية العيوب في الإجراءات والنتائج.

ويرى رشدي فام (2000 : 245) ضرورة الاهتمام بقياس التحسن وفقاً لمعايير عدة، وأهمها :

المعيار الأول : المسترشد نفسه، متمثلاً في سلوكه الظاهر والباطن، وحكمه هو على نفسه بمدى ارتياحه وتحسنه من وجهة نظره هو. فماذا يكسب الإنسان لو ربح العالم وخسر نفسه.

المعيار الثاني : يتبدى في الانطباع الذي يتركه المسترشد على المحيطين به، بصرف النظر عن حكمه هو على نفسه. ويعد هذا المعيار أصدق المحكات على نجاح الإرشاد النفسي عامة.

المعيار الثالث : حكم المختصين العلمي على المسترشد النفسي.

ويستعمل التقييم في بيان قيمة الشيء، ولكنه أكثر تحديداً للمعنى من كلمة تقويم، فإنه منعاً للغموض والالتباس، تستعمل كلمة تقويم لتفيد في التعديل والتحسين، والتقييم تستعمل في تحديد القيمة أو القدرة. فنحن نقيم البرنامج الإرشادي من أجل تقويمه، أي:

1ـ بيان قيمة البرنامج أو مدى تحقيقه لأهدافه " تقييم "

2- تلافي نقاط الضعف وتحسين البرنامج " تقويم". وثمة مشكلات متعددة تواجه التقويم النفسي يمكن إرجاعها إلى ثلاثة عوامل، هي

أ ـ **طبيعة الظواهر السلوكية موضوع التقويم:** فقد تتنوع الظواهر السلوكية موضوع التقويم بتنوع المثيرات أو الحوافز التي تثيرها كالسلوك العدواني والنشاط الزائد، والتوحد لدى الأطفال، والخوف والقلق...إلخ، بحيث يضع هذا التنوع بين يدي الباحثين ظاهرة جديدة تتطلب القياس والتقويم، وبما تتميز به هذه الظواهر أيضاً من تعقد وصعوبة في الضبط أو التحكم والتنبؤ يحث هؤلاء الباحثين لمراجعة أدواتهم ونظرياتهم لكي يصلوا إلى قياس أكثر دقة لتلك الظواهر النفسية المتغيرة باستمرار.

ب ـ **طبيعة أدوات القياس المستخدمة:** إن الأدوات بالرغم من قوتها فإن لها حدوداً وعيوباً، الأمر الذي يجعل تنقيتها وترقيتها وزيادة دقتها مطلباً لا يقف عند حد معلوم. ج ـ ما ينبثق من مجالات التطبيق الذي تستعمل فيه أدوات القياس: سواء في مجال التربية أو التدريب أو العلاج النفسي أو غيره من المجالات العملية (سمير وصديق: 2005، 112-113).

القياس والتقييم Measurement / Evaluation:

يتميز القياس بالاعتماد على أداة قياس في الوصول إلى معرفة كمية عن الشيء المراد قياسه، ولكن قد تكون أداة القياس غير قادرة على الوصول إلى معرفة كمية عن الشيء المقاس، فهل نعتمد على مصطلح القياس أم نستخدم مصطلحاً آخر هو التقويم. وللإجابة عن هذا التساؤل يذهب بعضهم إلى القول بأن التقويم يشمل القياس الذي يؤدي إلى معرفة كمية وكذلك يشمل على معرفة كيفية لأمر ما، لذلك فهو أوسع من القياس في معناه، ويذهب بعضهم الآخر إلى القول بأن الحال الثاني هو حالة خاصة من حيث القياس لا أكثر ولا أقل (الرفاعي: 1985، 21).

ويرى "الوكيل والمفتي" (162: 2005) أن ثمة اختلافات واضحة بين المفهومين، وتنحصر هذه الاختلافات فيما يلي:

أ- التقويم عملية شاملة؛ فتقويم المسترشد مثلاً يمتد ليشمل جوانب النمو لديه وتاريخه المرضي وعلاقاته بالآخرين، أما القياس فهو جزئي ينصب على جانب واحد فقط من جوانب الشخصية أو عرض اضطراب واحد من الاضطرابات النفسية التي يشكو منها المسترشد.

ب- يهتم التقويم بالحكم العام والنوعية، بينما يركز القياس على الكم.

ج - يهدف التقويم إلى التشخيص والعلاج وبالتالي فهو يساهم في التحسين والتطوير، بينما يكتفي القياس بإعطاء بعض المعلومات المحددة عن الشيء المراد قياسه فقط.

د - يرتكز التقويم على مجموعة من الأسس مثل الشمول والاستمرارية والتنوع والتعاون والتناسق مع الأهداف، بينما يركز القياس على مجموعة من الوسائل يشترط فيها الدقة.

هـ تعمل وسائل التقويم على مقارنة الفرد بنفسه وبغيره، بينما يعطينا القياس نتائج وصفية للشيء دون ربطه بالأشياء الأخرى.

كما أن القياس والتقويم يؤدي دوراً هاماً في عملية التوجيه والإرشاد من حيث أنه يمكن أن يعطي صورة صادقة عن قدرات الفرد واتجاهاته وميوله، وأن يعرِّف الفرد ذاته بما يصلح له من دراسات ومهن وما لا يصلح له أيضاً بهدف مساعدته على حسن الاختيار في دراسة معينة أو مهنة تتوافق مع قدراته واستعداداته.

وفي ضوء ذلك يمكن القول إن القياس سابق للتقويم وأساس له، ولكن التقويم أوسع من القياس بكثير، فالقياس يتم باستعمال اختبار أو فحص فقط، أما التقويم فيلجأ إلى أساليب أخرى بالإضافة إلى القياس مثل: الاستجواب، قوائم التقدير، آراء المدرسين وأدوات أخرى". وإذا كان القياس يعتمد على الحكم الكمي (رموز وأرقام)، فإن التقويم يعتمد في حكمه على التقديرات الكمية والكيفية معاً. وبينما القياس يهتم بالظواهر التي يمكن قياسها فقط كالقلق والعدوان والتحصيل الدراسي، إلا أن التقويم يهتم بكل جوانب الشخصية في عملية الإرشاد النفسي.

وبناء على ذلك سوف نتحدث عن ثلاثة نماذج من تقييم البرامج التي تقدم للمستفيدين منها، تقييم برامج الإرشاد والعلاج النفسي بشكل عام، والبرامج الوقائية، وتقييم برامج التربية الخاصة.

أولاً - تقييم في برامج الإرشاد النفسي:

إن تقييم برنامج التوجيه والإرشاد هو عملية تحديد القيمة، وهي عملية نقدية مهمة تكشف عن مدى فعالية البرنامج ومدى نجاحه أو فشله في تحقيق أهدافه، والجميع يشترك في التقييم وهو عملية مستمرة من بداية ما خطط له، إذ يهدف إلى معرفة مدى الترابط بين الاحتياجات والإنجازات في البرنامج الإرشادي المنفذ من حيث فاعلية العملية في تحقيق أهدافها، وفاعلية الطريقة المستخدمة فيه، ومدى التغير الحاصل لدى المسترشد، وتلافي أوجه القصور في خدماته ووسائله وطرائق تنفيذه" (الزعبي: 2003، 306) وتكون عملية تقييم البرنامج الإرشادي عملية جماعية، تعاونية، مستمرة من أول التخطيط عبر التنفيذ وأثناء الجلسات وبعدها وحتى المتابعة، ويجب تقييم البرنامج من مرة إلى مرتين في السنة. كما تتضمن جمع كافة المعلومات والبيانات اللازمة لمعرفة درجة تأثير طرائق التداخل الإرشادي المستخدمة مع المسترشد وأساليبها، ومعرفة الإنجازات التي تحققت من خلال العمل الإرشادي ومقارنتها بالأهداف المرسومة. وليس المقصود بالتقييم للبرامج أن يكون تقييماً وصفياً، كأن يقال إن البرنامج (حسن) أو (رديء) ولكن المقصود هو (التقييم العلمي) في ضوء معايير، ورغم أهميته إلا أنه ينبغي أن يكون باعتدال حتى لا يجد المسؤولون عن البرنامج أنفسهم لا يعملون شيئاً سوى التقييم (زهران: 1986، 448).

من هنا يمكن أن يُعرَّف التقييم في البرامج الإرشادية بأنه علاقة بين المستهدف من البرنامج والإنجاز الفعلي فيه، كتحديد جوانب التعديل أو الضعف فيه، والمعيار الذي يمكن أن يكون محكاً لعملية تقويم.

أهمية تقييم برامج الإرشاد النفسي:

وتتجلى الأهمية في العملية الإرشادية والعلاجية في الاعتبارات التالية:

1- يعدُّ التقييم ذا أهمية كبيرة لأنه يفيد المرشد في تحسين البرنامج الإرشادي، ويكشف عن مدى نجاحه أو فشله، وتحديد ما إذا كنا سنقوم بتعديله أو سنبقي عليه أو ننهيه.

2- توجيه المرشد إلى تغيير الأسلوب الإرشادي في حال وجود أي تعثر أو صعوبة تعوق عمله.

3ـ تحديد ما إذا كان هناك تباين بين جانب من جوانب البرنامج وبين المعيار الذي يحكم هذا الجانب من البرنامج.

4. استخدام المعلومات الخاصة بهذا التباين لتحديد نقاط الضعف في هذا البرنامج.

5- المساعدة على تلافي أوجه القصور في خدماته ووسائله وطرائق تنفيذه.

6- طمأنة المرشد على فعالية عمله في البرنامج الإرشادي.

7- خلق الثقة عند المرشدين والمسترشدين بما تم إنجازه.

8- مساعدة المرشد في تحديد ما تحقق من أهداف إرشادية.

9- تقدير الجهد اللازم والنفقات الخاصة لبلوغ ما تبقى من أهداف وتعريف المرشد بالمدى الذي قطعه ومقدار ما تبقى.

10- التعرف إلى الاحتياجات الإرشادية لدى المسترشدين.

11- إيجاد الأساس العلمي ومناهج البحث العلمي في تقويم البرامج الإرشادية، الذي من شأنه أن يوفر معلومات موثوق بها تمكن المرشد النفسي من اتخاذ قراراته بدرجة عالية من الثقة باعتباره يوجه أساساً نحو الحصول على معلومات تتعلق بالبرنامج، ومن ثم فإن الطريقة العلمية تفيد في ضمان جودة مثل هذه المعلومات (الخطيب والزبادي، 2000، 98).

ويبدو من هذا أن لكل برنامج إرشادي مهما كان شكله والغاية التي يسعى إلى تحقيقه أهمية نظرية وأهمية تطبيقية وتقويمية، لأن هذا يساعد المرشد والقائمين على تنفيذ البرنامج في التعرف إلى المشكلات التي تطرأ على مراحل أو خطوات تنفيذ البرنامج، إضافة إلى معرفة التغيرات التي تحصل عند المسترشد نتيجة لهذا التدخل، إضافة إلى ذلك التعرف إلى جوانب القوة والضعف في البرنامج وأدواته وأهدافه، وخطوات سيره بهدف تعديل البرنامج بما يتناسب والأهداف التي وضعت من أجله.

لذلك يمكن القول: إن عملية تقويم البرنامج عملية مستمرة منذ اللحظة الأولى وحتى بعد الانتهاء من تطبيقه، لأن ذلك يعطي أهمية للبرنامج في تطبيقه على بعض الحالات الأخرى التي تتشابه مع الحالة التي وضع البرنامج من أجلها.

أهداف تقييم البرامج الإرشادية:

إن الهدف الأول لتقييم برنامج التوجيه والإرشاد هو التقويم، وعلينا أن نضع نصبً أعيننا شعار" التقييم للتقويم"، أي هدف التقييم إصلاح الأخطاء وتلافيها والتحسين وتلافي أوجه النقص في خدماته ووسائله وطرقه وتنفيذه. والتقييم ينبغي ألا يكون هدفاً في حد ذاته بل يكون وسيلة للتقويم. كما يهدف إلى نشر نتائج تقييم البرامج حتى يستفاد بها في تقويم البرنامج القائم وفي تخطيط البرامج

المشابهة وتنفيذها بما يفيد المسؤولين عن البرنامج والمستفيدين منه، وإلى معرفة مدى الترابط بين الاحتياجات والإنجازات في البرنامج الإرشادي المنفذ، وتعزيز التنفيذ الجيد، ومساعدة العاملين في الوقوف على إنجاح عملهم، ومدى صلاحية البرنامج من حيث التخطيط والتنفيذ والخدمات وزيادة فعاليته. ويحاول المرشد والمسترشد في تقويم البرنامج الإرشادي أن يراقبا ويقدرا التغير الذي حدث لدى المسترشد. وهناك هدفان أساسيان لإجراء تقييم البرنامج الإرشادي وهم.

أ- **تقدير نتائج الإرشاد:** فقد يساعد هذا التقدير المرشد والمسترشد على تحديد نوع ووجهة وكمية التغير في السلوك الذي أظهره المسترشد خلال عملية التدخل أو بعد عملية التدخل (المتابعة). ويلخص "لويد 1983" Loyd كمية التغير الحاصل في سلوك المسترشد في ثلاث مجموعات هي: المجموعة الأولى: ويقصد بها التعرف على ما إذا كان المسترشد قد تغير خلال عملية الإرشاد، سواء أكان هذا التغير سلوكياً أم معرفياً قبل عملية التدخل الإرشادي وبعدها .المجموعة الثانية: وتهدف إلى معرفة ما إذا كان أحد المسترشدين قد تغير نتيجة للإرشاد- كما في حالة تصميمات الحالة الواحدة .المجموعة الثالثة: ويقصد به التعرف إلى ما إذا كان أحد المسترشدين قد تغير بدرجة كافية أثناء الإرشاد (الشناوي: 1996، 477).

ب- **تقويم عملية الإرشاد:** ويقصد به استخدام البيانات التي تجمع عن حالة المسترشد النفسية أثناء عملية الإرشاد لمعرفة ما إذا كانت استراتيجية ما تساعد المسترشد بالطريقة المحددة، وما إذا كان المسترشد يستخدم الاستراتيجية بدقة وانتظام.

ويرى" سكرام ومانذل" (Schram & Mandell، 1989) أن الهدف من تقييم البرامج هو معرفة الإنجازات التي تم التوصل إليها بفضل عملية التدخل الإرشادية، وتحديد جوانب القوة لتدعيمها مستقبلاً، وجوانب القصور لتلافيها أو تحسينها، ومن المهم جداً أخذ رأي المسترشد في عملية التدخل باعتباره المستفيد الأول والأخير من هذا العمل.

وظائف عملية التقييم: وتتمثل في:-

- المساهمة في تحفيز الأفراد على الدراسة والعمل والتقدم.
- العمل على تشخيص المشكلات وتقديم الحلول المقترحة لها.
- توضيح الأهداف.
- يساعد على توجيه الأفراد بشكل سليم.
- يساهم في تطوير وتحديث الأساليب والأسس والمناهج في مجال البرامج الإرشادية.

- يعمل على إتاحة الفرصة للأفراد للقيام بأعمال ومسؤوليات أعلى.
- يفيد في الاختيار بين الأنشطة وتحديد بداية العمل الإرشادي.
- يعمل على تصنيف المسترشدين وفقاً لقدراتهم ومعارفهم.
- يساعد في المقارنة بين الأنشطة وبين الأفراد وبين الجماعات.
- يمكن عن طريقه التنبؤ بمستوى إنجاز الأعمال الإرشادية مستقبلا وفقا لمؤشرات التقييم.
- يساعد في تشخيص نقاط الضعف والقوة في العمل الإرشادي.
- يساهم في بناء البحث العلمي الجيد في مجال البرامج الإرشادية.

أشكال تقييم برامج الإرشاد النفسي:

ثمة أشكال لتقييم البرامج الإرشادية والتي تتمثل في الآتي:

أولاً- بناء على القائم بعملية التقييم:

أ - تقييم ذاتي: حيث يقوم مرشد (خبير) بتقييم مرشد (مبتدئ) بهدف تحسين أدائه بعد تحديد جوانب الضعف في هذا الأداء.

ب - تقييم المرشد للآخرين: حيث يقوم المرشد بتقييم عميل بناء على طلب منه، وذلك لمساعدته في تحديد جوانب الضعف والقوة في أدائه.

ج - تقييم المجموعة للفرد: حيث تقوم مجموعة إرشادية خصوصاً في الإرشاد الجماعي بتقييم أداء عميل في المجموعة، وهنا يكون التقييم أكثر موضوعية.

ثانياً- وفقا للوقت الذي يتم فيه التقييم:

1- **التقييم القبلي**: حيث تطبق فيه الاختبارات القبلية وأدوات القياس الأخرى لجمع كل المعلومات عن الموقف المطلوب تقييمه.

2- **التقييم المستمر**: ويتم هذا التقييم أثناء القيام بالعملية الإرشادية للتعرف على مدى التقدم نحو الهدف المطلوب إنجازه، والخطوات التي تم تحقيقها والصعوبات التي تقدم أمام تقدمه.

3- **التقييم النهائي**: ويتم في نهاية البرنامج للتعرف إلى مدى ما يتم تحقيقه من نتائج على المستوى السلوكي والمعرفي والوجداني للعميل.

ثالثاً- وفقاً للهدف من التقييم:

1ـ التقييم الأولي: حيث يتم في هذا النوع تحديد الاحتياجات التعليمية والسلوكية والمعرفية والنفسية والمستوى الذي يمكن أن تبدأ منه عملية الإرشاد، وهذا النوع من التقييم يفيد في تصنيف الأفراد المجموعات متجانسة من حيث المستوى المعرفي والنفسي وفقاً للمشكلات التي يعانون منها.

2ـ التقييم البنائي: وهو التقييم الذي يحدث أثناء تنفيذ وتطبيق البرنامج ويفيد في تطويره، ويهدف هذا النوع إلى تحديد ومعرفة مدى إتقان العمل الإرشادي والكشف عن الأجزاء التي تم تعليمها العميل بالمستوى المناسب للاستفادة منها في توافقه مع متطلبات حياته اليومية

3ـ التقييم الشخصي: وهذا التقييم يهتم بالتعرف على الأفراد الذين تقابلهم صعوبات في التعلم وتحديد مجال هذه الصعوبات ومحاولة الكشف عن أسبابها.

4ـ التقييم النهائي: وهذا النوع لا يهتم بالتفاصيل أو الأهداف الفرعية كالتقييم البنائي ولكن يهتم بقياس الأهداف العامة.

5ـ التقييم المتزامن: هو التقييم الذي يحدث أثناء عملية تطبيق استراتيجية أو خطة أو برنامج.

6ـ التقييم التراكمي اللاحق: هو التقييم الذي يأتي بعد مرحلة التنفيذ.

7ـ التقييم التكويني: هو الذي يأتي في نهاية تطبيق البرنامج على نطاق ضيق وخصوصاً في البرامج الوقائية.

نماذج تقويم برامج الإرشاد:

تتضمن هذه النماذج مايلي:

أولاً- النماذج الكلاسيكية: Classical modelsوهي تؤكد على التقويم في ضوء الأهداف المحددة مسبقاً، بحيث تقوم الأهداف بتوجيه عملية التقويم، ومنها نموذج تايلور Taylor)).

ثانياً- نماذج الاعتماد: Accredition modelsوهي التي تعتمد على دراسة البرامج الإرشادية والتربية وتقويم منتجاتها، مها نموذج " ستيك وسكرايفن "Scriven. Stake and

ثالثاً- نماذج التناقض: Discrpancy Modelsوهي تركز على المعايير، إذ ينبغي مقارنة ما يجري مع المعايير المحددة التي يتم في ضوئها التقويم، ومنها نموذج "برفس".Provus.

رابعاً- نماذج النظمmodels Systems: التي تركز على البرنامج التربوي بكل عناصره وأبعاده وجوانبه من أهداف وعمليات ومخرجات ومنها نموذج" وورثبوم وبيم"Worthen & Beam) .

وكما يبدو مما سبق أن للتقويم نماذج متعددة ولكل نموذج إيجابياته وسلبياته، وله حدوده، وللمقوم الحرية في اختيار النموذج الذي يلاءم احتياجاته وظروف التقويم. ولو دققنا النظر في نموذج

ستفل بيم لوجدناه يتكون من أربع مراحل أو عناصر، وهي : السياق (البيئة)، والمدخلات، والعمليات، والمخرجات. وهذا يعني لتقويم أي برنامج لابد من تقويم واقعه، مدخلاته، عملياته، مخرجاته، لأنها تشكل مجالات التقويم، ولتقويم كل جزء من الأجزاء السابقة لابد من معرفة الهدف من التقويم، وبالتالي تتحدد الأساليب التي يمكن إتباعها لجمع البيانات وتحليلها وتفسيرها.

خطوات التقييم:

وتتمثل خطوات التقيينم في الآتي

1. تحديد الأهداف التي يراد تقييمها وتحديد الشيء المطلوب قياسه والوضع الجديد أو التغير المراد الوصول إليه.

2. تحديد الهدف أو الغرض من التقييم.

3. تحديد المعايير التي تتخذ كأساس للمقارنة والمستوى المراد الوصول إليه.

4. تحديد الأدلة التي تشير إلى حدوث تغير في سلوك المسترشدين.

5. تحديد المصادر المناسبة للحصول على البيانات.

6. تحديد وتصميم واختيار الأداة المناسبة للحصول على البيانات.

7. جمع البيانات وتبويبها وجدولتها.

8. تحليل البيانات واختيار الأدوات الإحصائية المناسبة للتحليل.

9. عرض نتائج التحليل بطريقة منطقية والتعليق عليها بشكل واضح.

10. مقارنة النتائج المتحصل عليها بالمعايير السابق تحديدها لتحديد الرق بين الوضع الحالي والوضع المرغوب.

11. الحكم كتابة التقرير وإصدار الأحكام عما تحقق نتيجة الجهود المبذولة.

خصائص التقييم الناجح:

1. الصدق : يتسم التقييم الناجح بالصدق، وفيه يتم التأكد من تحقيق كل الأهداف الإرشادية ومدى الالتزام بها، ومدى شمولها لجميع الأهداف والتأكد من أن الوسائل والأهداف التي استخدمت كانت تقيس فعلاً ما يجب قياسه.

2ـ التوازن : يتم التقييم بشكل متوازن بين كافة نواحي البرنامج ، حيث يجب تقييم كل أجزاء البرنامج وكل إجراءاته بشكل متوازن . فلا يجب تقييم جزء وترك الأخر ، أو الاهتمام بجزء بدرجة أكبر من جزء أخر مما يعطى تقييماً غير متوازن للعملية التعليمية وللبرنامج بشكل عام.

3ـ الشمول : يتصف التقييم الناجح بأنه قد شمل كل العناصر المؤثرة في المحتوى وفي الأعداد للبرنامج ، وفي تنفيذه وفي تقييمه . كما يجب أن يشمل التقييم النواتج والتأثيرات غير المقصودة للبرنامج.

4. الدقة : أجزاء التقييم يجب أن يتم بطرق على درجة عالية من الثبات مثل بعض الاختبارات والمقاييس العلمية بالإضافة إلى بعض الطرق التي على درجة أقل من الثبات مثل الملاحظة والاطلاع على السجلات وتحليل ما ينشر تقارير القائمين بالعملية التعليمية والمكالمات التليفونية والمناقشات.

5ـ الاستمرارية : يجب أن يكون التقييم مستمراً . بمعنى أن يتم التقييم في كل خطوة بدءاً من بداية العمل في إعداد البرنامج وحتى تنفيذه وبعد الانتهاء منه ، وفي كل خطوة تحدد نقاط الضعف والقوة للوصول إلى تقييم ناجح للبرنامج الإرشادي.

6ـ الديمقراطية : بمعنى أن التقييم الناجح هو الذي يشترك فيه جميع الأفراد الذين لهم صلة بالموضوع أو البرنامج وتحترم فيه وجهات النظر المختلفة.

7. أن يساعد على التمييز بين المستويات المختلفة وإظهار الفروق بين الفئات والأفراد

8. أن يساعد على اقتصاد النفقات والجهد والوقت.

مضمون عملية التقييم:

ويتضمن مايلي

ـ تقييم العملية الإرشادية نفسها : أي تقييم الأسلوب والطريقة والأدوات، وطريقة التنفيذ ، والشروط المادية والفنية والبشرية.

ـ تقييم نتائج الإرشاد : ومدى ما تحقق من أهداف، وهل النتائج جاءت مطابقة للأهداف، وهل البرنامج أصبح ذا فاعلية في خفض الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المسترشد وقد قدم "جالفن" (1970، Galvin) نموذجاً يعتمد على تحليل النظم يحدد بمقتضاه تقويم مضمون برنامج إرشادي لتأهيل المعوقين، ويبنى هذا البرنامج على أساس أنه يمثل نظاماً . وقد حدد "جالفن" خمسة مكونات لهذا النموذج هي الآتية :

1. المدخلات: المسترشدون، التمويل، المؤسسات، مراكز التأهيل.

2. العمليات: تحديد الإحالة، وتشخيص الحالات، وإعداد خطة الإرشاد الأساليب الإرشادية.

3. المخرجات: النتائج التي تم التوصل إليها في ضوء الأهداف.

4. القيود والصعوبات الداخلية والخارجية: وقد علق "جالفن" (Jalven) على هذا النموذج بالقول أنه يمكن استخدامه في برامج إرشادية عديدة، حيث تختلف مفردات هذه الأجزاء باختلاف نوع البرنامج، كما يمكن برمجته عند استخدام الحاسوب، كما يمكن الاهتمام بجانب من هذه المكونات حسب الحاجة لتقويم المدخلات والعمليات والمخرجات. كذلك حدد "كيرك باتريك" Kirk Patrick نموذجاً مكوناً من أربعة أنواع من المخرجات تعبر عن فاعلية البرنامج الإرشادي، وهذه المخرجات تشمل مايلي:

المستوى الأول: ردود الأفعال Reation

ويقيس ردود أفعال المسترشدين في البرنامج، ويقدم بعد انتهاء البرنامج مباشرة، ويشمل رأي المسترشدين من البرنامج في: المرشد، الوسائل المستخدمة، سير البرنامج ويتم التقويم باستخدام الاستبيانات، ومقاييس التقدير المفتوحة والمغلقة.

المستوى الثاني: التعلم Learning:

ويقيس مدى تعلم المسترشدين من التقنيات المستخدمة في جلسات البرنامج، ويقدم بعد انتهاء تطبيق البرنامج مباشرة، ويشمل قياس التغيرات الحاصلة لدى المسترشدين نتيجة للبرنامج (سلوكية، معرفية، وجدانية، عقلية، اجتماعية، أكاديمية) ومقارنتها بنتائجهم قبل تطبيق البرنامج.

المستوى الثالث: السلوك Behavior:

ويعني البحث عن مدى حدوث تغير في السلوك الوظيفي للمسترشدين نتيجة للتدخل الإرشادي، وقياس انتقال أثر البرنامج في حياتهم اليومية ويمكن استخدام التصميم التجريبي القائم على مجموعتين تجريبية وضابطة، وقياس هذا السلوك قبل تطبيق البرنامج وبعده مباشرة، ومقارنة النتائج التي حصلت عليها المجموعتان وذلك باستخدام أدوات القياس والتقدير المناسبة المستوى الرابع: النتائج Results وهو يركز على قياس النتائج النهائية للبرنامج في صورة مخرجات نهائية كما يتضح في سلوك المسترشدين، ويتم ذلك عن طريق إجراءات قياس متكررة في أوقات مختلفة، وذلك بهدف الوقوف على مدى تحسن انخفاض الأعراض المرضية، وتحسين العلاقات الاجتماعية، وزيادة القدرة على حل المشكلات، والقدرة على اتخاذ القرارات المناسبة.

خطوات تقييم البرامج الإرشادية:

هناك مجموعة من الخطوات المحددة لعملية تقييم برامج الإرشاد النفسي، وهذه الخطوات هي:

1- تحديد أسئلة التقييم والإجابة عنها.

2- تحديد معايير التقييم وتقدير حال البرنامج بالنسبة إليها.

3- تحديد طرق التقييم ووسائله واستخدامها لتحديد فعالية البرنامج ومدى تحقيقه للأهداف.

4- تحليل نتائج عملية التقييم وتفسيرها.

5- اقتراح خطوات تقويم وإصلاح البرنامج في ضوء نتائج عملية التقييم وذلك بتحديد ما يجب تدعيمه أو تطويره أو تعديله من عناصر البرنامج.

وعند التقييم يجب أن يتساءل المرشد عن الآتي:

أولاً- ما هي أهداف البرنامج الذي يسعى لتحقيقها؟ وهل هذه الأهداف تتناسب مع الإطار النظري ومع فلسفة النظرية العلاجية التي يتبناها صاحب هذا البرنامج أو مُعِدُّه؟ أو بمعنى آخر ما الذي يحاول البرنامج الإرشادي أو العلاجي تحقيقه لدى العملاء الذين يحتاجون إلى مساعدة؟ هل هو تحسن في مفهوم ذات المسترشد، أو هدفه تخليص المسترشد من الأعراض السلوكية الظاهرة التي تزعجه وتجلب له الضيق وعدم الارتياح؟ هل البرنامج المعَّد يتناسب وطبيعة المشكلة التي يتصدى لها؟ كما يمكن من خلال هذه الخطوة التساؤل عن ماهية الخطوات الأساسية التي تم إجراؤها وتنفيذها خلال فترة تطبيق البرنامج وحالة المتابعة حتى يمكن الحكم على قيمة البرنامج.

ثانياً- من الذي يغير خطة البرنامج، وعلى أي أساس تم وضع الخطة؟، هل تم دراسة الخطة دراسة دقيقة وموضوعية تلبي حاجة العملاء لتغيير سلوكهم؟ ومن الذي يقوم بتنفيذ البرنامج: هل هو معد الخطة الإرشادية أم المؤسسة التربوية أو الصناعية أو مجموعة من أساتذة الجامعات، أم الباحث الذي يريد الحصول على درجة علمية من جراء ذلك؟ أم يضع الخطة العلاجية العملاء أنفسهم بناء على رؤيتهم لحجم المشكلة التي يعانون منها؟ وما الأسلوب المناسب لتعديل حدة المشكلة التي يعانون منها أو للتخفيف منها؟

ثالثاً- هل حقق البرنامج الإرشادي مسحاً علمياً شاملاً لكل الدراسات العلمية والميدانية التي أجريت في مجال تعديل السلوك الذي يقوم به البرنامج الحالي؟ وهل البرامج الإرشادية السابقة اتبعت إطاراً نظرياً محدداً بوصفها نظرية معينة من نظريات الإرشاد النفسي؟ هل البرامج السابقة

في هذا المجال طبقت على حالات تشبه الحالات التي يتم تطبيق البرنامج الحالي عليها ؟ ما الفائدة التي حصل عليها من الدراسات السابقة في هذا المجال ؟ هل استفاد من طريقة التصميم، أم التنفيذ أم المتابعة ؟ ما هو الجديد الذي يضيفه البرنامج الحالي لتقدم مسيرة البحث العلمي في مجال تعديل سلوك الأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية أو انفعالية أو تحصيلية . . إلخ. وهنا لابد لنا عند تقييم البرنامج من التأكيد من أن البرنامج الحالي استخدم أفضل الطرق والأساليب العلمية لدراسة الأفراد الذين يقوم من أجلهم البرنامج ؟ ويتفرع عن هذا السؤال مجموعة من الأسئلة الفرعية التالية :

- كيف تم اختيار العينة وشروط اختيارها ؟ هل كان الاختيار عشوائياً أو قصدياً، أو منتظماً؟
- هل كان جميعهم يعانون من نفس الاضطراب المراد إحداث تغيير أو تعديل فيه نحو الأفضل ؟
- هل يختلفون في العمر بحيث يكون الفرد طفلاً وآخر مراهقاً وثالث مسناً ؟
- وهل العينة يمكن الوصول إليها بسهولة وتطبيق البرنامج بدون أي مشكلات تعوق تطبيق؟
- هل تم مجانسة أفراد العينة من حيث مستوى الاضطراب وشدته، السن، المستوى الاجتماعي الاقتصادي، ودرجة الذكاء، مستوى التحصيل، ودرجة التوافق من خلال تطبيق الاختيارات اللازمة؟
- هل قام مُعد البرنامج بتقسيم العينة الكلية إلى مجموعتين أو أكثر، بهدف التأكد من فاعلية البرنامج ؟ بمعنى هل قسم الباحث العينة إلى مجموعتين تجريبيتين وضابطة، (بالرغم من مجانسته في حجم المشكلة وشدتها) ؟
- هل تأكد من الأثر الذي يحدثه البرنامج لدى المجموعة التجريبية بالمقارنة مع المجموعة الضابطة. أي هل وجدت فروق دالة بين الأفراد الذين تلقوا البرنامج الإرشادي والأفراد الذين لم يتلقوا هذا البرنامج من حيث انخفاض مستوى الاضطراب الذين يعانون منه؟
- هل استخدم الباحث فنيات البرنامج بطريقة صحيحة عند تطبيقه مع استبعاد وضبط المتغيرات الأخرى التي يمكن أن تؤثر في نتائج البرنامج سلباً أو إيجاباً؟
- هل تم إعادة صياغة الأهداف مرة أخرى في ضوء المشكلات التي واجهت الباحث في أثناء تنفيذ البرنامج ؟
- هل التغير الحاصل مثبت من خلال أساليب التقويم الخاصة بأثر البرنامج (كالمقاييس النفسية، أو التقارير الذاتية التي عبر عنها العملاء الذين خضعوا للبرنامج بأنهم قد استفادوا من هذا البرنامج في تحسين فعاليتهم التحصيلية أو الاجتماعية أو تخفيف حدة المشكلة التي جاؤوا يشكون منها، وما صدق التقرير الذاتي ؟

ـ هل تم التعرف إلى التغير الحاصل لدى العملاء من خلال المقربين من المسترشد (الأسرة، الرفاق، المدرسين...إلخ) ؟

طرائق تقييم البرامج الإرشادية:

يمكن حصر هذا الطرائق في الآتي:

ــ هل استخدم المرشد محكمات خارجية للتأكد من صدق البرنامج (اختبارات أو برامج مشابهة..) ؟

ـ هل المتابعة لقياس التحسين كان طويلاً أم قصير المدى ؟ فقد يحدث التغيير الإيجابي في سلوك المسترشد بعد تطبيق البرنامج مباشرة، ولكن بعد أيام نجد أن حالة المسترشد بدأت تنتكس نحو الأسوأ وتعود إلى حالتها السابقة قبل تطبيق البرنامج.

ـ هل المسترشد كان مقتنعاً بأسلوب تنفيذ البرنامج له؟ وما مدى قناعته بهذا البرنامج وفائدته في إحداث التغيير المطلوب منه؟

ـ ما رأي الخبراء المتخصصين في تصميم البرنامج بهذا الشكل ؟ وهل البرنامج يستطيع أن يحقق الأهداف التي وضعت من أجله؟

ـ هل البرنامج يحقق أهدافه فيما إذا تم تطبيقه بشكل فردي أو بشكل جماعي؟

ـ هل هناك فروق بين نتائج هذا البرنامج ونتائج برامج إرشادية أخرى مشابهة له في إحداث التغيير المطلوب في سلوك المسترشد؟

جوانب تقويم مستوى التغير في سلوك المسترشد :

يهتم المرشد والمسترشد بتقدير الدرجة التي تحقق بها الهدف الذي ينشدانه من عملية الإرشاد، ويتوقف ذلك على عدد من المتغيرات والأهداف التي يسعى كلاهما لتحقيقها، وتشمل جوانب القياس: تكرار السلوك (Frequency)، ومدته (Duration)، وكمونه (Latency)، وشدته (Ntensity)، وحدوثه (Occurence) وأهم جوانب تقييم مستوى التغير، هي:

1 ـ وقت التقييم:

ثمة ثلاثة أوقات أساسية يمكن أن يقيم البرنامج الإرشادي فيها: مرة عند بدايته، ومرة بعد اكتماله، ومرة رابعة بعد تطبيقه.

والمحك في تقييم فاعلية البرنامج الإرشادي بعد تطبيقه عادة هو حالة المسترشد عند انتهاء تطبيق البرنامج، أي التقرير الذاتي الذي يعبر فيه عن مدى استفادته من البرنامج في خفض السلوك المرغوب الذي كان يعاني، يمكن استخدام المقاييس النفسية والشخصية والسلوكية وذلك لبيان أثر التغير الذي أحدثه في سلوك المسترشد وأفكاره ومشاعره وتوافقه الاجتماعي بالمقارنة مع النتائج التي حصل عليها قبل التدخل الإرشادي. كما يمكن أن يستند المرشد في هذه التقييم على تقارير الأهل حول التغير الذي أحدثه البرنامج في سلوك المسترشد.

فعلى سبيل المثال تتحدد نهاية التدخل العلاجي لدى مريض مقيم في المشفى بخروجه منها أو إطلاق سراحه، وذلك بناء على تقارير الأطباء النفسيين بأن حالة المريض تحسنت تحسناً ملحوظاً، ولا داعي لوجوده في المشفى، أما في الإرشاد النفسي فإن العديد من المسترشدين يلاحظون أن حالتهم النفسية قد تراجعت قليلاً أو كثيراً بعد فترة زمنية من الانتهاء من تطبيق البرنامج، وأصبحوا بحاجة إلى جلسات إرشادية داعمة وذلك من أجل إعادة التوازن المطلوب، وهذا ما يجب أن يأخذه المرشد النفسي بالاعتبار عند تقييم البرنامج الإرشادي. وثمة اتجاه في الإرشاد النفسي يقول إن معدل تدهور التحسن لدى المسترشد يعتمد على مستوى التحسن في نهاية الإرشاد، وتبعاً لذلك فإن الإرشاد الذي يظهر أحسن مستوى من التحسن في نهايته يظهر أيضاً مستوى من التحسن في وقت ما متأخر (المتابعة)،

ومع ذلك فإن الأمر ليس كذلك بالضرورة، فقد تختلف الأساليب الإرشادية إلى حد بعيد في قوة استمرار آثارها (Wilson&Kazdin، 1978).

وعلى العكس من ذلك، فبدلاً من فحص قوة فاعلية البرنامج، قد يكون من المفيد فحص سرعته في إحداث التغير المطلوب، فإذا كان هناك نوعان مختلفان من الإرشاد لهما الفاعلية ذاتها على محك معين، فإن الأسلوب الذي يحقق أقصى أثر له في أقصر وقت ممكن يكون مفضلاً، بالرغم من بقاء جميع العوامل الأخرى ثابتة.

2. أسئلة التقييم:

عندما نقيِّم برامج الإرشاد النفسية والتربوية، فإننا نكون بصدد مجموعة من الأسئلة تتناول كل ما يتعلق بالبرنامج ابتداءً من التخطيط وحتى المتابعة، وتفيد الإجابة عن هذه الأسئلة في التقييم الخاص لخدمات البرنامج والتقييم العام للبرنامج عموماً، وتشير الإجابة عنها بالإيجاب إلى مدى نجاح

البرنامج، أما الإجابة عنها بالنفي فهي تشير إلى فشل البرنامج. ومن أهم أسئلة التقييم للبرنامج الإرشادي ما يلي:

أ - إلى أي حد ثبت أن تخطيط البرنامج الإرشادي كان موفقاً؟ وهل تحققت أهداف التوجيه والإرشاد؟. إلى أي حد يتكامل البرنامج مع البرنامج التربوي العام؟. هل قامت الإدارة بدورها في تنفيذ البرنامج؟. هل توافر الأخصائيون المطلوبون؟ هل تقبل الأخصائيون البرنامج عامة؟

ب - هل اشترك الأخصائيون كل حسب تخصصه؟. هل احترم كل من الأخصائيين تخصصه وتخصص الآخرين؟ هل قام المدرسون في حالة نقص المرشدين بواجباتهم الإرشادية؟ أي الخدمات قدمها المدرسون؟ كيف قام المدرسون بالخدمات الإرشادية؟ هل توافرت الميزانية المالية المطلوبة لتنفيذ البرنامج؟ هل توافر الزمن المطلوب لتنفيذ البرنامج؟. هل توافر المكان الملائم لتنفيذ البرنامج؟ هل قامت الإدارة بدورها في تنفيذ البرنامج؟.

ج - هل توافرت الوسائل المناسبة لعملية الإرشاد؟ هل تمت الإجراءات الفعالة في عملية الإرشاد؟ هل قدمت كل أنواع الخدمات النفسية والتربوية والاجتماعية والصحية والعلمية والإرشادية وخدمات المتابعة بالكفاءة والفاعلية المطلوبة؟ هل تمت البحوث العلمية المسحية والإنشائية اللازمة للبرنامج؟ هل تم الاستفادة من نتائج البحوث والعمل بتوصياتها؟ إلى أي حد أمكن التغلب على هذه المشكلات؟ إلى أي حد أفاد البرنامج المسؤولين عنه والعاملين فيه؟ (زهران، 1985).

معايير تقييم البرنامج الإرشادي:

إن المعايير هي الموازين المستخدمة لقياس فوائد وأهمية البرنامج، فقد يكون معيار النجاح في برنامج إرشادي هو عدد المسترشدين الذين تمكنوا من حل مشكلاتهم وتحقيق الرضا.

وهناك بعض المعايير لتقييم برامج الإرشاد النفسية والتربوية وهي:

أ- المعايير الخارجية، ومنها:

1- مدى شمول البرنامج لأكبر عدد ممكن من الطلبة في المدرسة وتنوع خدماته لمواجهة التباين بينهم.

2- تعدُّ نسبة عدد الطلبة إلى المرشد (250-300) طالباً من المعايير الجيدة للحكم الأولي بأن البرنامج يخدم الطلبة بفعالية.

3- مدى تعرف المرشد إلى طلابه وإلى أوضاعهم.

ب- المعايير الداخلية، ومنها:

1- مدى فعالية البرنامج في مواجهة حاجات الطلبة وذلك عن طريق تنوع البرنامج الإرشادي.

2- مدى فعالية البرنامج في إيجاد جو تربوي إرشادي في المدرسة.

3- مدى توافر التعاون بين المرشد والعاملين في المدرسة كالمعلمين والمدير.

محكات تقييم البرنامج الإرشادي:

ولعملية التقييم عدة محكات منها:

1. مدى تمكن المسترشد (الطالب) من تحقيق ذاته.

2- مدى توافقه من الناحية الشخصية والاجتماعية والتغلب على مشكلاته.

3- شعور المسترشد (الطالب) بالراحة النفسية والسعادة والرضا عن التقدم الذي أحرزه (الداهري،2000، 177).

ويحدد "شيرتزر وستون" (Shertzer anf Stone ،1966) (عدداً من معايير تقييم برنامج التوجيه والإرشاد النفسي والتربوي وتتمثل في:

أ. تحقيق التوافق العام والصحة النفسية للمستفيدين منه

ب. نقص المشكلات الشخصية والمشكلات الانفعالية، وزيادة التوافق الشخصي.

ج. نقص التأخر الدراسي، ونقص الرسوب، ونقص التسرب، وتحسن التحصيل الدراسي.

د . قلة التغيرات في الخطط التربوية والمهنية، وتحقيق الاختيار التربوي والمناهج والاختيار المهني الموفق.

هـ . نقص مشكلات النظام، وزيادة الانتظام، وتحسين الاتجاهات والسلوك والشعور بالأمن والاستقرار.

و- شعور العملاء بالرضا عن البرنامج وعن عملية الإرشاد عموماً يشملهم جميعاً ويقدم الخدمات بكفاءة ونجاح.

ر رضاء الوالدين، وزيادة ثقتهما في البرنامج، وتعاونهما مع المسؤولين عنه.

ح - رضاء المسؤولين في المؤسسات الاجتماعية عموماً مثل أصحاب العمل عن نتائج خدمات الإرشاد.

ك. زيادة استخدام خدمات الإرشاد وزيادة الإقبال التلقائي عليها.

ش ـ زيادة اهتمام المسؤولين عن البرنامج، وارتفاع معنوياتهم، وزيادة حماسهم لتحقيق مزيد من النجاح.

ويبدو من هذا، أن المشكلة المنهجية الأساسية المرتبطة بقيم فاعلية البرنامج الإرشادي تكمن في اختيار محكّات النجاح والتعريف الإجرائي لها، ويتضمن ذلك الاهتمام بـ:

ـ طريقة التقدير: (التقارير الذاتية، والاختبارات النفسية الموضوعية، وتقديرات السلوك...إلخ).

ـ الشخص القائم بالتقدير: (المسترشد، المرشد، الأهل)، وعمومية التقدير (المقاييس ذات المتغير الواحد، المقاييس متعددة المتغيرات،المقاييس الإجمالية).

فعلى سبيل المثال يتم تقييم الإرشاد السلوكي على ضوء إزالة العرض، بينما يتم تقييم الإرشاد التحليلي في ضوء المواجهة الحقيقية، والتفاعل الإنساني الصادق، وجعل ما هو لا شعوري شعورياً، وحل الصراع الأدوديبي.

تحديد فاعلية تقييم البرنامج:

هناك العديد من الطرائق لتقييم برنامج التوجيه والإرشاد، بعضها يكون سهلاً، وبعضها صعباً، بعضها موضوعياً وبعضها ذاتياً، وبعضها كمياً، وبعضها كيفياً، بعضها يشمل البرنامج عموماً وبعضها يشمل بعض عناصره. ومن هذه الطرائق ما يلي:

1- الدراسات والبحوث:

تجرى الدراسات والبحوث في الغالب لتقييم الخدمات والميزانية وأسلوب التنفيذ والمشكلات وغيرها.... ومن هنا تستخدم الوسائل العلمية مثل: الاستفتاءات وقوائم المراجعة واستطلاع رأي المسترشدين والعاملين والوالدين وغيرهم في المجتمع.

2- أدوات التقدير والاختبارات النفسية والشخصية والإكلينيكية:

غالباً ما تستخدم الاختبارات النفسية في بحوث تقييم نتائج الإرشاد النفسي، ويعدُّ استخدام الأحكام الشخصية بالنسبة لنجاح العملية الإرشادية معياراً غير مقنع لأسباب سوف نتحدث عنها لاحقاً، ولذلك تستخدم الاختبارات النفسية باعتبارها محكّات، إما لغرض قياس التغير الذي طرأ على المسترشد أثناء التدخل الإرشادي أو لتقييم التوافق النهائي. وبصفة عامة أشارت البحوث إلى أن نتائج الاختبارات ترتبط بتقدير النجاح (Patterson،1958.137).

وما تجدر الإشارة إليه أن الاختبارات النفسية قد قُبلت باعتبارها محكّات من دون وجود أدلة كافية لمعاملات صدقها، وكان تقدير الصدق بالنسبة للاختبارات مكوناً من تقدير السلوك من جانب

المسترشد أو المسترشدين الخاضعين للبرنامج من جهة أولى، ومن جانب المرشد من جهة ثانية، ومن جانب آخرين لهم علاقة بالمسترشد كالأم أو الأب أو الأصدقاء من جهة ثالثة.

وقد ذكرت الأدبيات في ميدان الإرشاد والعلاج النفسي مجموعة من الأدوات السيكومترية والعيادية يمكن أن يعتمدها المرشد عند بناء البرنامج التي تستخدم غالباً في تقدير درجة الاضطراب الذي يعاني منه المسترشد، كما تستخدم أيضاً في تقييم البرنامج وذلك للتعرف إلى الأثر الذي أحدثه البرنامج وفق ما خطط له في إحداث التغيير المطلوب لدى الفرد على المستوى الانفعالي والنفسي والأدائي، مثل مقياس ستانفورد بينيه للذكاء المعدّل عام (1985) Stanford Binet Intelligence Scale، واختبار وكسلر للذكاء (1974) Wechsler Intelligence Scale،اختبار مينيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية (MMPI)،ومقياس كاليفورنيا للشخصية (CPI)، ومقياس إيزنك للشخصية (EPQ)، ومقياس بيك للحالة المزاجية (الاكتئاب)، ومقياس تقدير الذات (S.E. I)، ومقياس سمة وحالة القلق (S. T.I) وغيرها من المقاييس النفسية والشخصية والمهنية والعقلية. بالإضافة إلى ذلك كله، لا بد من استخدام التقديرات الإكلينيكية (Clinical Assesment) الذي يعد جزءاً من المقابلة. ويتكون هذا التقدير من اختبارات التقدير الذاتي وبعض المؤشرات والمقاييس الموضوعية المنبثقة عن مشاهدة عينة طبيعية من السلوك أو من أداء الأدوار.

وتعدُّ مسألة ثبات المقاييس النفسية مشكلة مهمة في تشخيص الاضطراب الذي يعاني منه المسترشد من جهة، وتقييم البرنامج الإرشادي من جهة ثانية. أما ما يتعلق بتقييم البرنامج فتعد مصطلحات: الخلل، الشفاء، الصحة، التحسن، السواء ...إلخ تقديرات دالة على تحسن البرنامج، إلاّ أن الانحدار في درجات المقاييس الإحصائية (السكومترية) يمكن أن تعطي صورة مضلّلة للتحسن لدى المسترشد؛ فبعض الدراسات تختار المسترشدين بالنسبة للتحسن على أساس الدرجات العالية جداً أو المنخفضة جداً على اختبار مقنن كاختبار مينيسوتا للمتعدد الأوجه للشخصية (M.MP.I). فإذا لم يكن هذا الاختبار صادقاً أو ثابتاً، يكون هناك احتمال أكبر للدرجة الثانية (المنخفضة جداً) أن تكون أقرب إلى المتوسط عن الدرجة البعد عنه (المرتفعة جداً). ويميل الاختبار غير الثابت غالباً إلى أن المسترشد قد تغير إلى الأحسن عن أنه تغير إلى الأسوأ أو أنه لم يتغير على الإطلاق. وحتى إذا كان مقياس السواء / الشذوذ يتمتع بثبات مرتفع، فإن فاعلية البرنامج تتحدد من خلال المقارنة بين درجتين منفصلتين أو درجة التغير، وتتسم درجات التغير بثبات منخفض عن الدرجات الأصلية. وبناء على ذلك لا يمكن أن تعد أداة التقدير السيكومترية (الاختبارات النفسية) مقياساً ثابتاً للتغير الحاصل

لدى المسترشد نتيجة للتدخل الإرشادي، وإنما يعتمد أيضاً على محكّات أخرى غير قياسية، وإنما كيفية كالتحسن في الأداء والأعمال، التحسن في التوافق النفسي الاجتماعي.

3. متغيرات العملية الإرشادية:

أُجريت دراسات عديدة حول فاعلية بعض البرامج الإرشادية القائمة على أسس نظرية وعلمية من نظريات إرشادية، لكن الخلفية النظرية للبرنامج ليست ظاهرة وحدوية، فهو يتضمن العديد من الطرائق والفنيات والإجراءات شديدة الاختلاف. فنتائج الإرشاد الفردي للبرنامج تختلف عنها في الإرشاد الجماعي، وكذلك المختصر، والإرشاد السطحي (السلوكي) غير الإرشاد العميق (التحليلي)، ونتائج الإرشاد المعرفي غير نتائج الإرشاد المتمركز على العميل، والإرشاد المباشر نتائجه غير نتائج الإرشاد غير المباشر، لأن ذلك يتوقف على الغاية التي يسعى المرشد النفسي إلى تحقيقها لدى المسترشد.

وهناك افتراض ضمني أشار إليه ميرل Murrell،1970 أنه في كثير من الدراسات يشير بأن المسترشد يعيش في فراغ، بمعنى أي تغيير في صحته النفسية خلال تطبيق البرنامج الإرشادي يعزى إلى البرنامج وينسب إليه بغض النظر عن العوامل الكثيرة المتدخلة التي تحيط بالموقف الإرشادي. وفي واقع الحال إن المسترشد يعيش في سياق اجتماعي وثقافي معين يتأثر به ويؤثر فيه، وبالتالي كل تلك العوامل تؤثر في سلوكه وأفكاره وصحته النفسية. وتأكيداً لهذا الأمر، فقد أشار "فرويد" في محتوى نظريته إلى أهمية الوضع الأسري في ارتقاء الشخصية وإلى أهمية الوضع الأسري في نشأة الاضطراب النفسي والعقلي لدى المسترشد. كما تعد الأسرة أيضاً متغيراً مهماً في تدعيم مجهودات العملية الإرشادية التي يقوم بها المرشد أو تدمرها. (Murrell،1970،21-19).

ومن هنا، ينبغي على المرشد أثناء عملية تقييم النتائج التي حصل عليها نتيجة للبرنامج أن يطرح مجموعة من التساؤلات: هل هذه النتائج هي التي أحدثت تغييراً إيجابياً في سلوك المسترشد أم عوامل أخرى ساعدت في ذلك؟ وما حجم هذا التغيير العائد من العوامل الخارجية كالأسرة والأصدقاء والدافعية لدى المسترشد، ونوع البرنامج وإجراءات تنفيذه ووسائل التقويم المستخدمة فيه وطبيعة المشكلة التي يعاني منها المسترشد؟

وفي ضوء ذلك يجب على المرشد أن يأخذ مثل هذه الأمور بعين الاعتبار عند تقييم برنامجه الإرشادي، لأنه عندما يركز على مجال أو مشكلة واحدة لدى المسترشد ويسعى إلى حلها عن طريق برنامجه قد ينسى أن ثمة العديد من المجالات الموجودة في حياة المسترشد ولكنها لم تبحث بعد. وإن

كنا نؤمن بأن ضبط المتغيرات في العملية الإرشادية يعد أمراً ضرورياً للحصول على نتائج دقيقة، وأمراً في غاية الأهمية أيضاً نحو تحسين طرائقنا وفنياتنا الإرشادية في برنامج متكامل يتناول جميع جوانب المشكلة لدى المسترشد .

4. خبرة المرشد النفسي :

إن التأكيد على أهمية الخبرة والمعرفة والتدريب هو أمر بديهي في برامج الإرشاد التي من المحتمل أن تؤثر هذه المتغيرات في : ثبات التشخيص، ونجاح العملية الإرشادية، وتقويم جدوى البرنامج في تحقيق الأهداف التي سعى إليها لدى المسترشد .

ويتصف المرشد النفسي غالباً بأنه شخص كامل التكيف، ذو تأثير عميق في الناس الذين يعملون معه، ولديه ثقة فيما يمتلكه من قدرات، ويحترم المسترشد ويتقبله من دون شروط مسبقة، ومن دون الحكم عليه بالسلب أو الإيجاب، وقدرته على فهم الإطار المرجعي الداخلي للمسترشد بأكبر قدر ممكن.

وتتطلب القدرة على إعداد البرنامج الإرشادي وتقييمه مايلي :

1- الإلمام بأساليب جمع المعلومات المختلفة. وعند تحليل البيانات يجب أن يؤخذ في الاعتبار عدة أشياء هي :

- دراسة اتجاهات القائمين بعملية التقييم.
- معرفة الاختلافات بين المناطق المختلفة وطبيعة العمل الإرشادي فيها.
- وضع نظم للقياس تفق مع طبيعة كل مهمة إرشادية.
- الربط بين النتائج المتحصل عليها من التقييم والبيانات المستمدة من مصادر أخرى. كما أن أوجه الاستفادة من المعلومات أو البيانات التي تم الحصول عليها تكمن في الأتي :
- استخدامها كأساس لتوجيه النصح والإرشاد إلى الأفراد.
- إيجاد فهم مشترك بين المشرفين الإرشاديين وبين كافة المستويات الإرشادية بعضها البعض.
- اتخاذ الخطوات اللازمة لتعزيز نقاط القوة وعلاج نقاط الضعف .
- إدخال بعض التحسينات في البرامج الإرشادية المقبلة .

2- الإلمام بنظريات الإرشاد وأساليبه.

3- الإلمام بمتطلبات مرحلة النمو التي يمر الطلبة بها .

4- الإلمام بكافة الاختبارات المستخدمة في عملية الإرشاد .

5- تطبيق الاختبارات وتفسير نتائجها (أبو عطية، 1988، 78).

ففي دراسة عن سمات الشخصية لدى المرشد الناجح وغير الناجح في عمله أكد "وايتهورن وبيتز" (Whitehorn&Betz، 1954) أن المرشدين الناجحين والفاشلين في علاقاتهم الإرشادية مع المسترشدين قد اختلفوا في اتجاهاتهم وشخصياتهم؛ فقد كان المرشد الناجح الذي يطلق عليه النمط (أ) دافئاً، ويحاول أن يفهم المسترشد باعتباره إنساناً، في حين مال المرشد الأقل نجاحاً، الذي يطلق عليه النمط (ب) إلى التواصل مع المسترشد بطريقة موضوعية غير شخصية، أي أنه ركز على الاضطراب أكثر من تركيزه على الشخص (Whitchorn&Betz، 1954)

وهناك بعض المحاولات المبدئية لتحديد نمط الشخصية (أ) بوصفه متطلباً ضرورياً للمرشدين الناجحين، ولكن نظراً إلى الطبيعة التفاعلية للإرشاد النفسي التي تؤثر فيها متغيرات عديدة، فقد أشير فيما بعد إلى أن شخصية المرشد (ب) أدت إلى نتائج أفضل بشكل جوهري عن شخصية المرشد (أ) تحت ظروف معينة. وقد استنتج بعض الباحثين أمثال "لور ومك نير" (Mc Nair&Lorr،1962) في دراسة شاملة للعلاقة بين شخصية المرشد واستجابة المسترشد للإرشاد، أن العلاقة بين نمط المرشد ونتائج الإرشاد تعتمد على تشابه خلفية كل من المرشد والمسترشد واهتماماتهما. كما أن أسلوب المرشد قد يكون جانباً مميزاً لشخصيته أو حتى مظهراً مميزاً لطريقته في الإرشاد. فإنه يعد متغيراً مهماً في حد ذاته في العملية الإرشادية وتقييم النتائج التي تتوصل إليها. ويعدّ التدريب العملي للمرشد جزءاً أساسياً في برنامج تأهيل المرشدين والاشتراك في المجالات العلمية، والدوريات التي تتعلق بالإرشاد لتطوير معلوماته ومهاراته الإرشادية، وبناء عليه فعلى المرشد القيام بما يلي:

- القيادة المتخصصة لفريق الإرشاد.
- متابعة حالات الإرشاد.
- تشخيص المشكلات النفسية وعلاجها.
- التعاون مع زملائه في ميدان الإرشاد، واحترامه لآراء المدرسين وأحكامهم.
- تشجيع المدرسين على الإسهام في برامج الإرشاد والتوجيه.
- الإسهام في تطوير برامج إرشادية وتقييمها وبلوغها الأهداف المحددة.

إن المرشد النفسي قد يعتمد في تقييمه للبرامج الإرشادية على المعايير سواء الداخلية أو الخارجية، وقد يعتمد على تقييمه الذاتي وبالتالي يسهم في تحسين نوعية الخدمات الإرشادية التي

يقدمها، ومعرفة جوانب القوة والضعف في عمله، والصعوبات التي يواجهها في كل جانب، والأساليب التي تؤدي إلى مواجهته هذه الصعوبات (شعبان، تيم: 1999، 195)

وكون برنامج الإرشاد النفسي هو برنامج منظم ومخطط بهدف تقديم مجموعة من الخدمات الإرشادية للمسترشدين، يشارك في تخطيطه وتنفيذه وإعداده فريق من المختصين في العمل الإرشادي؛ فهم أيضاً معنيون بتقييم البرنامج ومعرفة مدى نجاحه أو فشله، وبالتالي ضمان لسير إجراءات البرنامج. وفي الغالب يساعد المرشد بعملية التقييم كلٌ من:

أ- المسترشد:

يتم أخذ رأي المسترشدين عند تقييم البرنامج، بوصفهم أصحاب المصلحة الحقيقية في البرنامج الذي يعد من أجلهم، ويمكنهم أن يقدروا مدى استفادتهم من البرنامج، وتحديد محاسنه ومساوئه، وذلك باستخدام الاستبيانات والمقاييس والتقارير الذاتية وغيرها (زهران: 1985، 451).

ب- المدرس:

يشارك في تقييم برامج الإرشاد النفسية والتربوية، لأنه يمثل ركناً أساسياً في عملية التوجيه والإرشاد، باعتباره وثيق الصلة بالطلاب الذين يلاحظهم في نشاطهم اليومي، وتتاح له الفرص لاكتشاف المشكلات فور ظهورها، وهو من النماذج الإنسانية المهمة التي يقابلها الطلاب، ويتأثرون بها تأثيراً كبيراً.

ج- الوالدان، وأعضاء خدمة التلميذ في المدرسة:

كالأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي. والحقيقة أن متابعة الأفراد المتلقين للبرنامج الإرشادي لمعرفة آرائهم وقياس اتجاهاتهم نحو البرنامج يعد من أهم وسائل التقييم. ويستخدم لذلك الغرض الاختبار أو وسائل القياس الأخرى أو الندوات والمؤتمرات، وذلك للتعرف إلى أهم نقاط الضعف والقوة في هذا البرنامج وأهم النقاط التي يجب إضافتها للبرنامج، بالإضافة إلى متابعة العملاء في حياتهم اليومية للتأكد من التغيرات التي حدثت لهم في سلوكهم جراء هذا البرنامج، وكذلك أخذ آراء القائمين على وضع البرنامج، والآباء والمدرسين والمرشدين النفسيين. . إلخ، الذين يمكنهم التعاون في تقييم هذا البرنامج وغيره من البرامج الإرشادية، وذلك من خلال التعرف إلى الخدمات التي يقدمها المدرس والتسهيلات التي تقدمها الإدارة المدرسية لدراسة الفرد، وكذلك معرفة التغيرات التي أحدثها البرنامج الإرشادي في سلوك الأفراد. هذا بالإضافة إلى عمل دراسات ومؤتمرات لمناقشة أفضل البرامج لتحقيق الخدمات الإرشادية بأسرع وقت وبأقل مجهود، إلى جانب متابعة الخريجين، وقياس اتجاهات القائمين

بتخطيط البرنامج وتنفيذه يمكن استخدام أسلوب التقييم الذاتي لمعرفة صلاحية البرنامج لحاجات العملاء.

ثانياً - تقييم البرامج الوقائية:

أشارات النتائج التي تم عرضها في الفصل الثاني حول البرامج الوقائية إلى التقليل من حدوث المشكلات السلوكية والانفعالية. كما تضمن نتائجها نقص في معدلات العدوان والتسرب المدرسي والسلوك المضاد للمجتمع وغير ذلك من السلوكيات. ومن الإجراءات الخاصة بتقييم هذه البرامج مايلي:

أ - التحديد المبكر المسترشدين المعرضين للخطر:

إن نقطة البداية بالنسبة للبرامج الوقائية تتمثل في تحديد الأفراد المعرضين للخطر، والذين يحتمل تعرضهم للاضطرابات النفسية. وذلك لأن البحوث التي أجريت حول العوامل المساعدة على حدوث الاضطرابات النفسية، وهي تلك المتعلقة بالطفل والوالدين والمدرسة على سبيل المثال والمرتبطة ببداية حدوث الاضطرابات النفسية، ومع ذلك فهناك قصور في استخدام مثل هذه المعلومات في تحديد أطفال معينين على أنهم معرضين لخطر الاضطرابات النفسية، حيث نجد على سبيل المثال أن الدلائل المبكرة للاضطراب وعدم القابلية لتعديل السلوك المضطرب من جانب الطفل تعد أحد العوامل التي يمكن من خلالها التنبؤ بحدوث اضطراب لاحق في الأداء الوظيفي.

وفي محاولة لتقييم أنساق مختلفة لدمج العامل المساعدة معاً بغرض التنبؤ بالأفراد الذين يمكن أن يصبحوا جانحين قام فارنجونVargone، 1986 بمقارنة أساليب بديلة لدمج المتغيرات المرتبطة بالطفل والمتغيرات المرتبطة بالوالدين، وتلك المتغيرات المرتبطة بالأسرة معاً بغرض تحقيق التنبؤ بالأفراد الذين يمكن أن يكونوا جانحين في المستقبل، وقد تمت متابعة الأطفال حتى خلال فترة المراهقة المبكرة. وأوضحت النتائج أنه حتى في أفضل حالات دمج العوامل المنبئة، فإنه لم يتم سوى50٪ تقريباً من المراهقين الجانحين تحديداً دقيقاً. وعلى هذا الأساس تتمثل إحدى المشكلات الأساسية التي تواجه البرامج الوقائية انخفاض المعدلات المثالية التي تساعد في التوصل إلى تحديد حقيقي لما يعرف بالحالات الإيجابية الحقيقية، وذلك فيما يتعلق فيما يتعلق بتحديد مآل أولئك الأفراد الذين تزداد لديهم العوامل المساعدة على حدوث الاضطرابات النفسية، وذلك في وقت مبكر من حياتهم والذين تظهر لديهم المشكلة في النهاية. وثم مشكلة أخرى في هذا الجانب تتمثل في بمشكلات الاختيار أو الانتقاء، حيث يمكن أن نلاحظ في هذا الصدد وجود ما يعرف بالحالات الإيجابية غير الحقيقية، والمتمثلة في أن

الأفراد الذين تزداد لديهم العوامل المساعدة لحدوث الاضطراب النفسي، لكنهم فيما بعد لا يبدون أي اضطرابات نفسية. والحالات السلبية غير الحقيقية، وتتمثل في أولئك الأفراد الذين تبعدهم ظروفهم عن أخطار الإصابة بالاضطرابات النفسية، ومع ذلك فإنهم يعانون من هذه المشكلة في النهاية. والحالات السلبية الحقيقية والتي تتمثل في الأفراد الذين يعدون في خطر تعرضهم للاضطرابات النفسية ويظهرون بالفعل تلك الاضطرابات فيما بعد.

وبشكل مختصر، فهناك مجموعة من العوامل التي يمكن من خلالها التنبؤ بالاضطرابات النفسية، وهي:

1. العمر الزمني، والذي يتم فيه تقييم الطفل، كأن يتم ذلك في مرحلة الطفولة المبكرة، أو في مرحلة المراهقة على سبيل المثال.

2. المحكّات المستخدمة في التنبؤ كالمقاييس النفسية والتقارير الذاتية.

3. خصائص العينة وسماتها المميزة لها، كمستوى دخل الفرد، ومستواه الاجتماعي.

ب. مدى فاعلية البرامج الوقائية:

هنا، يُطرح سؤال مهم في هذا الصدد، والذي يعدٌ محكاً له قيمته في الحكم على فاعلية البرنامج الإرشادي المستخدم، ونصه: متى نقول أن البرنامج الوقائي أثبت فاعليته؟ وفي ضوء ذلك يمكن تبيان أن البرنامج الفعال هو الذي يؤدي بالأفراد الذين تم تطبيق البرنامج عليهم إلى تقليل معدلات حدوث الاضطراب النفسي لديهم وبشكل يزيد عن أقرانهم الذين لم يتلقوه. وهذا لا يعني بالضرورة أن يكون قد تم معالجة تلك المشكلة بين الأفراد الذين تلقوا ذلك البرنامج.

من هنا فإن تقييم البرامج الوقائية غاية في الصعوبة الأسباب التالية:

- عدم وجود دراسات تتبعية تبين فعالية هذه البرامج في الحد من الاضطرابات السلوكية أو الأفراد الذين لديهم استعداداً للإصابة بالاضطراب النفسي.

- وجود عوامل كثيرة متداخلة مع بعضها تحد من فاعلية تلك البرامج كالعوامل الاجتماعية والثقافية والتعليمية.

- إن البرامج الوقائية الفعالة ليست بالضرورة قادرة على منع حدوث الاضطرابات النفسية عند الأفراد مستقبلاً.

ج ـ عدم مساهمة تلك البرامج في حدوث الضرر:

أظهرت العديد من نتائج البرامج الوقائية المطبقة على الأحداث الجانحين، والأفراد الذين لديهم استعداداً لتعاطي المخدرات، وخاصة ما قام بها باروز وويتمر Powers and Witmer، 1951، والذي عرف باسم برنامج كامبردج- سومرفيل Combridge-Somerville والتي طبقت على (500) من الذكور في مرحلة المراهقة بهدف تجنبهم من التعرض للجنوح ووقايتهم منه وكان من بينهم أفراد لديهم استعداداً لتعرضهم لاضطرابات نفسية في المستقبل، حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين، مجموعة الذين لديهم استعداد، والذين ليس لديهم استعداد للإصابة بالاضطراب النفسي، وقد البرنامج للأفراد المعرضين للإصابة بالاضطراب النفسي. وقد كشفت نتائج الدراسة التتبعية بعد ثلاثين سنة تقريباً من انتهاء البرنامج الوقائي أن الذين تلقوا البرنامج قد أظهروا معدلات مرتفعة من السلوك العدواني، وتعاطي الكحوليات، والمعاناة من الأمراض الخطيرة، وأعراض التوتر والضغوط النفسية، ومعدلات منخفضة من الرضا عن الحياة مقارنة بالعينة السوية. وتعلل هذه النتائج على أن اتصال الجانحين ببعضهم بعضاً أثناء تطبيق البرنامج وبعده ارتبط بشكل دال بسلوك الانحراف أكثر من أثر البرنامج. (كازدين، 2000، 236).

لذلك، فإن تقييم هذه البرامج تحتاج إلى إعادة نظر من حيث إجراءات تطبيقها، والعينة المستهدفة، ونوع لاضطراب المحتمل إصابة الفرد به مستقبلاً، والفترة الزمنية لتقييم هذه البرامج سواء كانت بعد تطبيق البرنامج مباشرة أو بعد فترة زمنية طويلة من المتابعة، وكذلك القدرة على توضيح حاجة الأفراد لمثل هذه البرامج، إضافة إلى توضيح العلاقة بين المشكلات السلوكية والاضطرابات النفسية المتعلقة بالمرحلة العمرية التي يمر بها الفرد.

د ـ طبيعة مشكلات الأفراد في البرامج الوقائية:

ثمة مشكلات من أنواع مختلفة تتعلق بالأفراد الذين يتطوعون للاشتراك في البرامج الوقائية، ونوع البرامج المقدمة لهم، وأساليب تقييمهم. وقد كشفت برامج عديدة عن مثل هذه المشكلات، إذ أوضحت على سبيل المثال لا الحصر أن الأفراد المتطوعين الذين وافقوا على الاشتراك في هذه البرامج كانوا في الغالب ممن يتميز أداؤهم النفسي بأنه في مستوى أفضل (أي أقل تعرضاً للاضطراب النفسي في المستقبل) مقارنة بأولئك الذين لم يوافقوا على الاشتراك في هذه البرامج. لذلك فإن تقييم تلك

النتائج من المحتمل أن تكون مضللة لأن العينتين في الغالب لم تكن متساوية في درجة الاستعداد للاضطراب، كما أن الحالات الأكثر استعداداً للاضطراب تميل غالباً إلى التسرب من البرنامج.

ويبدو من كل هذا أن المشكلات لا تعد بسيطة أو بلا قيمة، وذلك لأنها تمثل انعكاسات تستخدم في تقييم مدى فاعلية البرنامج الوقائي المستخدم، وفي تحديد إمكانية تطبيق مثل هذه البرامج على نطاق واسع في المجتمع المحلي، وبين فئاته المختلفة.

ثالثاً - تقييم برامج التربية الخاصة:

إن خدمات التربية الخاصة ليست مفهوماً موحداً أو وجوداً له تعريف محدد، بل إنها تعني أشيء تختلف باختلاف الشخص الذي يتناوله من جانب اختصاصه، فهي تعني لمعلم الفصل العادي مجرد الأنشطة التي توجه لتعليم الأطفال المعاقين في فصل واحد يضمهم معاً مثل ممرضة المدرسة أو المربية أو مجرد العرض التلفزيوني لتلاميذ مرحلة

التعليم الأساسية، بينما يعتقد مشرف التربية التعويضية أن البرامج الإرشادية تقع في اختصاصه، وأخيراً قد يعتقد أولياء الأمور أن مفهوم التربية الخاصة يشمل خدمات أخرى أوسع نطاقاً من هذه التي يتلقاه أبناؤهم بالفعل في المدرسة.

ويعني تقييم برامج التربية الخاصة تلك العملية التي يتم بواسطتها تصميم وتعديل برنامج ما من حيث تحديد الحاجة للبرنامج، وتحديد أهدفه، وتحديد فريق العمل، وتحديد طرق تقويمه، وتحديد طرق تطويره تحسينه، فهو يتضمن جمع معلومات عن مختلف جوانب البرنامج من أجل لحكم عليه، والتقييم يعرض مدى الحاجة إلى برنامج معين، ومدى ملاءمته لأهدافه، وكذلك لخيارات القوية والضعيفة لتطويره، وأخيراً مدى نجاح البرنامج في تحقيق أهدافه (الزهيري: 2007، 298).

ولهذا، يجب وتحديد وتوضيح طبيعة ومساحة خدمات لتربية الخاصة من أجل تقديم أفضل استفادة من خلال عملية التخطيط والتقييم، وإلا تظل هذه الخدمات التربوية والنفسية متشتتة ومتفرقة. وأهم هذه لخدمات:

- التقدير والتوجيه والخدمات المعاونة، وتنمية الأفراد، والإدارة، بحيث يشمل كل جزء منها جانباً من هذه الخدمات كمايلي:
  - التقدير والتوجيه والخدمات المعاونة يتم توجيهها مباشرة إلى الطفل المعاق نفسه.
  - تنمية الأفراد والإدارة تمثل دعماً لهذه العملية التربوية والنفسية

وأن كل جانب من جوانب خدمات التربية الخاصة يتكون من مجموعة من البرامج التدريبية والإرشادية والتعليمية ذات الأهداف المحددة مسبقاً.

خصائص التقييم الجيد:

يتميز لتقييم السليم بأربعة خصائص رئيسية، تقوم أساساً على عوامل التقييم للبرنامج، مع إجراء تعديلات على هذه العوامل لتتلاءم مع عملية التقييم، هذه الخصائص هي التالية:

أ ـ الإفادة: **Utility** وتعني قدرة التقييم على المساهمة بشكل وضح في تحسين وتطوير البرنامج، وكذلك توثيق الخطط البرمجية المختلفة مع نتائج التقييم، وأخيراً تحقيق التقارب بين لعاملين بالبرنامج، ومعدي القرار لتحقيق المنفعة الإيجابية لعملية التقييم.

ب ـ إمكانية التطبيق **Feasibility**، ويقصد بها وجود عمليتي التخطيط والتقييم على أرض الواقع بأقل التكاليف؛ لأن أنشطة البرامج المختلفة يجب أن تحتي على عدد معقول من الأفراد والموارد الأولية دون المبالغة، كما ينبغي أن تراعى جهود التخطيط والتقييم اهتمامات المجموعات الخدمية المختلفة (المعلمون، الإداريون، الآباء)، بذلك تضمن انضمام هؤلاء إلى المساعدة في إنجاح البرنامج.

ج ـ الملائمة **Propriety** وتشير إلى درجة ملائمة جهود وأنشطة عمليتي التخطيط والتقييم لقانون الأخلاق والقانون الوضعي، مع الوضع في الاعتبار الاحتفاظ على حقوق المشتركين في هذا البرنامج، والحصول على أي إجراء أو نشاط يشركون فيه مع تمتعهم بحقهم الكامل في برامج أخرى.

د ـ الدقة **Accuracy** وتعني بأن الأنشطة التي تقوم على عمليتي التخطيط ولتقييم يجب أن تتم بطرق فنية مقتنة وبمنتهى الدقة، وكذلك يجب اختيار هذه الأنشطة، يتم بذلك تقع مدى نجاحها في تحقيق أهدافها، وأن تكون المعلومات التي يقوم عليها التخطيط والتقييم للبرامج الإرشادية والتدريبية متنوعة المصادر (الطلاب، المعلمين، الإداريون، الآباء)، وينبغي الحرص في استعمال هذه المعلومات أثناء تطوير البرامج.

نماذج تقييم برامج التربية الخاصة:

ثمة العديد من النماذج لتقييم برامج التربية الخاصة والتي يمكن تطبيقها أثناء تخطيط وتقييم برامج التربية الخاصة، بالرغم من عدم وجود نموذج واحد يمكن اعتباره أفضل نموذج. ولكن هناك بعض النماذج التي تناسب نوعية معينة من الخدمات التي تقدم لذوي الاحتياجات لخاصة دون غيرها. وأهم هذه النماذج:

1. نموذج الاعتماد على الهدف Goal Based : والذي اقترحه بلوم ورفاقه Bloom et al، 1971، ويتم فيه توضيح الأهداف والأغراض والأنشطة اللازمة لتحقيق الأهداف ،ويقاس مدى النجاح بمدى تحقق هذه الأهداف.

2 . نموذج اتخذ القرار : Decision Marking وفيه يتم تحليل التساؤلات الرئيسية للبرنامج وجمع المعلومات اللازمة لتسهيل اتخاذ القرار. وقد اقترح هذا لنموذج برفيوس ورفقه Provus et al عام 1971.

3. نموذج تحليل النظم : Systems Analysis وقد اقترحه كوفمان عام Kaufman1972 وفيه تحديد مدخلات البرنامج (العاملين والموارد) وحركة لبرنامج ومخرجاته. تقاس فعالية البرنامج بمدى تفاعل هذه العناصر داخل البرنامج.

4. نموذج الهدف الحر : Goal –Free، وقد اقترحه سكريفن Scriven عام 1974. ويتضمن تحديد الآثار الإيجابية والسلبية للبرنامج والتي لا يعكسها تقييم مدى تحقيق أهدافه.

5. نموذج النقد الفني : Art- Criticism وقد اقترحه ستيك Stake.1975، ويتم فيه التقييم التأثيري للبرنامج عن طريق خبير من خارج المؤسسة التي تنفذه، وغالباً ما يتم هذا من دون وضع معايير مسبقة لاستخدامها في الحكم على قيم البرنامج.

6. نموذج التفويض : Accreditation ويتم فيه تطوير البرنامج وتقويمه وفقاً لقواعد ومعايير معينة، من خلال تقدير تعده مؤسسة معينة، وقد اقترحه وورثن Worthen.1978

7. نموذج التقييم العكسي : Adversarial اقترحه وفيه تمثل فرق التقييم المعاكسة دليلاً على استحقاق البرنامج للحكم باستخدام إجراءات شبه قانونية.

8. نموذج التفاعل الداخلي : Transactional الذي اقترحه هاملتون Hamilton، 1978، حيث يتم فيه تقييم البرنامج عن طريق دراسات الحالة، وذلك لتنمية مفهوم حول كيفية التفاعل بين القائمين على البرامج والمستفيدين منها.

ويبدو أن تقييم نتائج البرنامج الإرشادي والتدريبي في مجال التربية الخاصة يساعد على إيضاح مجال واسع من تساؤلات اتخاذ القرار بسبب ما وضعه هذا التقييم من قيود ومطالب على مدارس التربية الخاصة، إلاّ أنه من النادر إيجاد تقييم نتائج أي برنامج يتعامل مع أكثر من اثنين أو ثلاثة من الاهتمامات والتساؤلات التالية:

1. يدور الاهتمام الأول: حول ما إذا كان البرنامج قد تعامل مع المشكلة التي وضع من أجلها. ولرد على هذا التساؤل يكون عن طريق تقييم إلى أي حد قد نجح البرنامج في تحقيق الأهداف التي وضعها له مصممو البرنامج.

2. الاهتمام الثاني: يدور حول تقييم النتائج، وهي الآثار المرتبطة بهذا البرنامج، فمعظم البرامج التربوية والتدريبية والإرشادية لها تأثيرات على كل من الطلاب وفريق العمل الإرشادي وكذلك المجتمع.

3. الاهتمام الثالث: ويمثل رد فعل المستفيدين من البرنامج، وهو ثالث اهتمامات اتخاذ القرار والذي تحاكيه تقييم النتائج، حيث إن رد فعل هؤلاء يمكن أن يساعد على تحديد القيمة الاجتماعية لبرنامج ما، وكذلك طرائق تطويره.

4. **تحديد العلاقة بين البرنامج وآثاره الملحوظة**؛ وذلك لأنها في نهاية البرنامج ناتج عناصر معينة في البرنامج نفسه.

5. **فعالية الإنفاق على برامج المدارس الخاصة بذوي الاحتياجات الخاصة**، وهو أيضاً ضمن عمليات تقييم البرنامج.

6. **كيفية تغيير برنامج معين ليكون أكثر فعالية في تحقيق أهداف كل من البرنامج نفسه والنظام والمجتمع (الزهيري،2007، 311).**

هذا، وتتعامل المعلومات المتراكمة لتقييم النتائج مع عملية التقييم، وتلك النتائج يجب أن يتم التفكير فيها في ضوء التفاعل المستمر بين التخطيط والتقييم، وهذا التفكير يجب أن يدور حول كيفية تحسين البرامج وتطويرها.

ويرى الخطيب (2001: 368) أنه لكي يتم تقييم فاعلية أي برنامج إرشادي بطريقة مناسبة، يجب أولاً قياس السلوك قبل البدء بتطبيقه وأثناء تطبيقه، وبعد الانتهاء من تطبيقه، ويجب ثانياً تحديد معايير الحكم على نجاح الإجراءات التي تم تطبيقها في تحقيق الأهداف، وثالثاً مقارنة السلوك قبل معالجته بمستواه بعد المعالجة، ويوظف لذلك الجداول والرسوم البيانية.

الاعتبارات التي يجب مراعاتها عند تقييم البرامج الإرشادية:

توجد العديد من الاعتبارات التي يجب مراعاتها عند تقييم البرامج الإرشادية، منها ما يلي:

1ـ النتائج المتحصل عليها من التقييم مقبولة، وتحدد القيم النسبية للأعمال والمهام والأنشطة المختلفة في العمل الإرشادي التي يقوم بها العاملين.

2. لكي تكون هناك ثقة في نتائج التقييم لابد من وضع البرنامج المحدد لهذا الغرض.

3ـ يجب وضع خطة للتقييم بشكل مفصل تضم كل الخطوات المطلوبة لإجراء هذا التقييم، حيث تحدد الأنشطة التي يجب القيام بها، وتحدد المسؤول عما سيقوم بها.

4. لابد أن تكون خطة أو برنامج التقييم مدعماً ومؤيداً من المستويات الإرشادية العليا.

5ـ من المفيد تكوين لجنة مسؤولة عن عملية التقييم حتى يمكن الوصول للقرارات التي ستتخذ بشكل جماعي وليس فردي بناء على النتائج التي تم التوصل إليها.

6. نظراً لكون عملية التقييم عملية متخصصة ولها جوانب فنية فإنه من الضروري أن يستفاد من الخبراء والمختصين في هذا المجال، وهذا يعطي برنامج التقييم دعماً أدبياً وعلمياً.

وختاماً نرى أن تقييم البرنامج الإرشادي يعد مرحلة مهمة من مراحل التخطيط والتنفيذ في مختلف مجالات عملية الإرشاد. ويعني أيضاً معرفة قيمته والحكم على مدى فعاليته، وهو عملية مستمرة تشمل جميع عمليات الإرشاد والأدوار التي يقوم بها كل مرشد؛ فقد تأخذ صوراً مختلفة: تقويم قبلي، وتقويم بعدي، وتقويم متابعة. كما ويستند إلى ترتيبات مسبقة ومنظمة. وبالتالي فإن عملية التقييم تسعى دائماً إلى التطوير وتلافي جوانب القصور في البرنامج الإرشادي. كما لا يقتصر تقييم البرامج الإرشادية على مجرد تحديد الاستجابات البسيطة: "نعم"، إنه فعال"، "لا"، إنه غير فعال"، بل ثمة متغيرات كثيرة يجب أن توضع بالاعتبار، وتتضمن هذه المتغيرات تحليلات التكلفة في مقابل الفائدة، والتكلفة في مقابل الفاعلية التي تحدد خلالها أكثر الطرق فاعلية لتحقيق الصحة النفسية للمسترشدين، كما يمكن أن تقدر فائدته في ضوء شعور المسترشد بالتحسن: فهل تم تخفيف أو خفض حدة المشكلة الموجودة لديه؟ وإذا كان الأمر كذلك، فما مدى السرعة والاكتمال والاستمرار في التحسن (المتابعة)، إضافة إلى ما سبق يجب أن يؤخذ في الاعتبار كل الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والنفسية والسلوكية عند تقدير التحسن، لأن المسترشد كائن يعيش في سياق اجتماعي وينبغي أن تظهر النتائج الإيجابية التي حصل عليها نتيجة التدخل الإرشادي في تفاعله مع الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة.

استمارة

تقييم البرنامج الإرشادي

	التقييم	نعم	لا
	- هل مصادر المعلومات والبيانات حول الحاجة إلى البرنامج كانت كافية؟ - ما أهمية البرنامج؟................................. - ما رأي الخبراء في البرنامج؟......................... - إلى أي مدى تم تحقيق أهداف البرنامج؟.................... - هل أدوات التقييم كانت مناسبة، وتقيس المشكلة التي وضع من أجلها البرنامج؟ - هل تم استخدام التقنيات الكترونية، كأجهزة التغذية الراجعة بدقة؟ - إلى أي حد كانت العينة متجانسة في المشكلة التي تعاني منها؟... - ما الأسلوب المنهجي أو التصميم التجريبي الذي استخدم مع أفراد العينة؟ - هل مكان تطبيق البرنامج كان مناسباً لأفراد العينة؟ - هل القنيات الإرشادية المستخدمة كانت مناسبة لطبيعة المشكلة وعمر المسترشدين؟ - هل القائمون على تنفيذ البرنامج مؤهلين بشكل جيد؟ - هل تم تدريب المرشدين على تنفيذ إجراءات البرنامج بدقة؟ - هل الزمن المخصص للبرنامج كان مناسباً، وكذلك الفترة الزمنية بين الجلسة والأخرى؟ - هل ظهرت نتائج بعض الجوانب الإيجابية أو السلبية التي تنعكس على أهداف البرنامج؟ - هل معايير التقييم كانت متوازنة ودقيقة؟ - ما رأي المستفيدون من البرنامج .... - هل استفادوا منه؟ - هل حقق البرنامج التأثيرات المتوقعة؟ - ما هي عناصر البرنامج التي سببت هذه الآثار على وجه الدقة؟................ - هل يستحق البرنامج الدعم الذي منح له؟ - هل النتائج كانت محققة للأهداف؟ - كيف يتم تغيير البرنامج؟......................... - ما هي إجراءات تطوير البرنامج؟....................	...	....

الباب الثاني

تطبيقات إرشادية

الفصل الأول: برنامج إرشادي للإقلاع عن التدخين

الفصل الثاني: برنامج لخفض الخجل

الفصل الثالث: برنامج إرشادي للاكتئاب

الفصل الرابع: برنامج تدريبي لتنمية المهارات اليومية للطفل التوحدي

الفصل الرابع: برنامج إرشادي لخفض القلق لدى المكفوفين

الفصل الأول
برنامج إرشادي
لمساعدة المدخنين للإقلاع عن التدخين

مقدمة:

تناولت نظريات الإرشاد والعلاج النفسي العديد من الأساليب للحد من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأفراد غير المتوافقين نفسياً، كالقلق النفسي، والاكتئاب، والإدمان على المخدرات، والتدخين.. إلخ. كما تباينت في استخدام الآليات النفسية (الفنيات) في عملية التدخل الإرشادي والعلاجي لتلك المشكلات. كذلك تباينت النظريات في استخدام أساليب الوقاية والعلاج لظاهرة التدخين، فمن بين الأساليب: تنمية الإرادة القوية، واستخدام أسلوب التنفير، والعقاب السلبي، وتقليد نماذج أقلعت عن التدخين، وتكوين جماعات علاجيه لمناقشة آثار التدخين، وبيان مظاهره ومخاطره الجسمية والنفسية، تعزيز السلوك المضاد أي تعزيز سلوك الامتناع عن التدخين وأساليب الضبط الذاتي.

ومن بين أهم الأساليب الإرشادية التي استخدمت في علاج ظاهرة التدخين:

أ- الأسلوب المعرفي:

ويعد هذا الأسلوب أحد الأساليب الحديثة في علاج التدخين. وهذا النوع من العلاج يعتبر الخلل في جزء من العملية المعرفية - وهي الأفكار والتصورات عن النفس والآخرين والحياة - ويجعله مسؤولاً في المقام الأول عن نشأة الأعراض النفسية.

وللعلاج المعرفي في الوقاية من التدخين منحى علاجي يندرج ضمن مجموعة من المناحي العلاجية، إذ يؤكد هذا المنحى على أهمية العمليات المعرفية في تحديد، وتشكيل السلوك الإنساني، فالمعالجون المعرفيون يجمعون على أن السلوك، والانفعال هما إلى حد كبير نتاج تقييم المرء للأحداث، وللمواقف، وللعالم، ولذاته، وهذا التقييم يتأثر بمعتقداته، وافتراضاته، والصور المتخيلة لديه، وهذه العمليات المعرفية وفقاً لهذا الاتجاه تصبح هي المستهدفة في العملية العلاجية (الشناوي، 1994).

من الأساليب التي تستخدم في العلاج المعرفي في مكافحة التدخين:

1- الإبعاد والتركيز: "الإبعاد" يشتمل على الاعتراف بأن الأفكار التلقائية ليست هي الواقع، ولا يوثق بها، وهي لا تساعد على التكيف، وتشتمل على أحداث خارجة عن إطار الفرد.

2- تدقيق الاستنتاجات: ويعني أن يتعلم المدخنون أساليب للحصول على المعلومات الدقيقة، يشتمل هذا على أن يعرفوا ما يعتقدونه ليس الحقيقة، وأن الاستنتاج ليس واقعاً، ويساعد المعالج المدخن على استكشاف استنتاجاتهم وتمحيصها مع الواقع، واستخدام قواعد البرهان.

3- إعادة صياغة المشكلة: يلجأ إليه المعالج المعرفي لصياغة المشكلة "التدخين" من جديد من خلال بيانات قديمة، أي لاتخاذ وجهة نظر مختلفة عن المشكلة الموجودة، ويتضمن إعادة التشكيل ـ على وجه الخصوص ـ أخذ الشئ خارجاً ووضعه في مجرى آخر، ومن خلال إعادة التشكيل تعاد صياغة المشكلة السلبية إلى إيجابية.

ويحتاج هذا العلاج المعرفي في مكافحة التدخين عادة أقل من 6 شهور من الجلسات الأسبوعية، يعقبها في بعض الأحيان 6 ـ 12 شهراً أخرى من اللقاءات الشهرية. وقد يطلب من المدخن التدرب على مواقف معينة ووصف الأفكار والمشاعر. وبهذه الطريقة، يكشف الغطاء عن الأفكار التي نبتت لديه بشكل اعتيادي حتى يستطيع أن يرى أنها كانت أفكاراً مبالغاً فيها.

ب ـ الأسلوب السلوكي:

هو أسلوب حديث من أساليب التدخل العلاجي الإرشادي يقوم على أساس القوانين الخاصة بنظريات التعلم، وهو عبارة عن مجموعة من الفنيات التي تستهدف تعديل سلوك الفرد. وثمة مجموعة من المبادئ الأساسية التي تقوم عليها تلك الفنيات وفي تعديل السلوك، والتي يمكن استخدامها في مجال مكافحة التدخين، وأهمها:

1- مبدأ التعزيز: وهو يشير إلى عمليات التعلم التي يتم فيها تقديم مثير معين بعد الاستجابة يؤدي إلى تقوية هذه الاستجابة ولذلك يسمى مثيراً معززاً ويعمل على زيادة احتمالات ظهور هذه الاستجابة مستقبلاً، وإذا كان هذا المثير مكافأة تقدم للفرد سمي ذلك بالتعزيز الإيجابي، أما إذا كان هذا المثير شيء ضار يتم سحبه من الموقف بعد تأدية الاستجابة المرغوبة سمي ذلك بالتعزيز السلبي. كما أن التعزيز يمكن أن يكون أولياً ويمكن أن يكون ثانوياً حسب نوع الحاجة التي يقوم بإشباعها. وربما نفهم أهمية هذا المبدأ إذا عرفنا أن البعض يطلق علي أساليب التعديل مصطلح " أساليب التعزيز".

2. مبدأ العقاب: وهو مبدأ يشير إلى مثيرات البيئة التي تحدث بعد الاستجابة وتعمل على تقليل احتمالات ظهورها مستقبلاً، وهنا يطلق على هذا المثير اسم المثير العقابي، وقد يكون العقاب من الدرجة الأولى إذا تم عن طريق إضافة مثير منفر بعد الاستجابة مباشرة، أما إذا تم سحب وإزالة مثير إيجابي، مثل المكافأة، بعد الاستجابة فيسمى هذا بالعقاب من الدرجة الثانية، وعموماً فإن القائمين على تعديل السلوك عادة ما يلجئون إلى الثواب أكثر من لجوئهم إلى العقاب وذلك لما أسفرت عنه الأبحاث العلمية من التأكيد على زيادة فاعلية الثواب مقارنة بفعالية العقاب.

3. مبدأ الانطفاء: وهو يقوم على استبعاد التعزيز من الموقف بعد حدوث الاستجابة مما سوف يؤدي إلى اضمحلالها واختفائها مستقبلاً إذا استمر سحب التعزيز، ويسمى هذا الإجراء أيضاً بأسلوب التجاهل، حيث يؤدي إلى تجاهل استجابة الفرد التي كانت تحظى في الماضي بالانتباه– كنوع من التعزيز– مما يؤدي إلى اختفائها تدريجياً حتى تتلاشى تماماً.

4. مبدأ التعميم: وهو يشير إلى إمكانية حدوث الاستجابة المتعلمة في وجود مثيرات شبيهة بالمثير الأصلي دون تعلم إضافي، بمعنى أن التدريب السابق ينتقل أثره بطريقة آلية إلى المواقف المشابهة للموقف الأصلي، وهو ما يسمى بتعميم المثير، ومن الواضح إن هذا المبدأ هو عكس المبدأ التالي ويسبقه في الوجود (الزبادي والخطيب، 1990).

5– مبدأ التمييز: وهو يشير إلى تعلم الكائن أو الفرد لمهارة التمييز بين المثيرات المتشابهة بحيث لا يقوم بالاستجابة المطلوبة إلا للمثير المناسب فقط وبناء على التعزيز التمييزي، والذي يتم من خلاله تعزيز الاستجابة في وجود مثير معين، وعدم تعزيزها في وجود مثيرات أخرى قد تشبهه إلى حد ما، يتم تعليم الفرد عملية التمييز هذه.

6. ضبط الذات: وهنا يحاول المرشد أن يقوم بتدريب المدخن على ضبط سلوكه، وذلك بتدريبه على أنواع مختلفة من التمارين الرياضية لمدد زمنية معينة حتى يتحقق للمسترشد القدرة على ضبط النفس أو ضبط الذات. وهناك أسلوب آخر لضبط الذات يتمثل في نموذج مكون من الخطوات الأربع الآتية:

1. مراقبة الذات.
2. قياس السلوك الذاتي.
3. المعالجة الذاتية.
4. المحافظة على ما وصلت إليه الذات من ضبط (أبو عيطة، 1997).

7- العلاج بالتنفير: والفكرة وراء استخدام العلاج بالتنفير مع المدخنين هي أن تقرن (تزاوج) بين مثير مناسب للسيجارة (مثل منظر أو طعم المادة) مع مثير منفر (مثل أدوية مسببة للغثيان) مما يؤدي إلى إحداث إشراط تنفيري للمثير المتصل بالمادة. ويندرج تحت هذا اللون من العلاج عدة صور للتنفير مثل: التنفير الكيميائي، والتنفير بالصدمات الكهربية، والتنفير عن طريق الإشباع، والتنفير التخيلي وتشكل الحساسية بشكل خفي (عبد الرحمن،2009،).

8- التحصين التدريجي (خفض الحساسية المنظم): نتيجة لبعض المشكلات المرتبطة باستخدام العلاج بالتنفير مثل ضرورة إتمامها تحت إشراف طبي، وعدم اتساقها مع أخلاقيات العلاج وغيرها من المشكلات، حيث بدأ التفكير في استخدام تكوين الحساسية بشكل خفي وكذلك التنفير التخيلي. وبناء على البحوث التي أجراها كوتيلا (1970) فإن التكوين الخفي للحساسية يتضمن المزاوجة التخيلية لمشاهد استخدام التدخين مع أحداث ذات مستوى عالي من الكدر. وفي بعض الأحيان يصاحب ذلك روائح منفرة مثل حامض الغاليريك. وقد وصف" ريبيل وميلر ودوجر" كيف يستخدم التكوين الخفي للحساسية الذي يستلزم تطوير مشاهد واقعية تشتمل على استخدام المريض للمادة تقرن به مشاهد تكوين الحساسية التي تشتمل على نتائج غير سارة لدرجة بعيدة لاستخدام العقار (الزعبي،2008).

ج - الأسلوب التحليلي:

يتجه العلاج التحليلي للتدخين بالتعرف إلى العوامل النفسية الكامنة وراء ظاهرة تعاطي السجائر، حيث يقوم المعالج النفسي بالتعرف على تلك العوامل عن طريق أساليب التحليل النفسي المعروفة، كالتنويم المغناطيسي، والتداعي الحر الطليق، مع استخدام الاختبارات الاسقاطية للتعرف على الصراعات والاحباطات والضغوط النفسية الكامنة وراء هذا السلوك، ومن ثم تحليلها وإخراجها من منطقة اللاشعور إلى منطقة الشعور ،عن طريق التنفيس الانفعالي. كما يقوم بتقوية الأنا لدى المدخن من خلال مساعدته على التبصر بذاته، واكتشاف المشكلات التي تعوق الشخصية في الوصول إلى أهدافها.

4- العلاج الديني:

وهو الأهم حيث أشار إليه العديد من علماء الدين والمتمثل في:

- تذكر اليوم الآخر والبعث والعقاب.

- الصيام.

- تلاوة القرآن.
- تذكر موقف الدين في تحريم التدخين.
- التوكل على الله القادر على أن يمد الإنسان بالصبر والعون الذي يخلصه من هذه الآفة.

5. العلاج الدوائي:

ابتكر علماء الطب والصيدلة مجموعة من الوسائل الطبية لمعالجة مشكلة التدخين والتي يمكن إجمالها في الآتي:

- استخدام الملامس الفضي: يتم إيصال الملامس الفضي في أماكن معينة من الجسم، ويتم إيصالها بجهاز الذبذبات الذي يقوم بدوره بإرسال ذبذبات كهربية معينة إلى المخ، تجعل المخ يفرز مادة "الإنكليفين"، وهذه المادة تتفاعل مع مادة "الاستيل كولين"، حيث تتفاعل مع النيكوتين في الدم، بحيث لا يبقى عند المدخن رغبة في التدخين.

- العلاج بالإبر الصينية: يعتمد دورها في تعديل الطاقة الحيوية في الجسم، وهذه الرؤية في العلاج ترى بأن أحسن توزيع للطاقة الحيوية في الجسم يؤدي إلى الصحة الجيدة. إن طريقة الوخز بالإبر ذو تأثير مهدئ أكثر من المورفين، ولذلك تستخدم في علاج بعض العادات السيئة التي تعتمد على المهدئات مثل التدخين.

- شرائح النيكوتين اللاصقة: وهي عبارة عن لاصقة تحتوي على نسب متفاوتة من النيكوتين، وتوضع على الجلد، بهدف إعطاء المدخن كمية من النيكوتين تعوض تلك التي تعود عليها.

- استعمال الأدوية والعقاقير الطبية المناسبة، وأهمها: حبوب زيبان"zaban" "بيبروبيون" وهوعقار لا يحتوي على النيكوتين، الذي يستخدم لكبح الرغبة في التدخين، وعقار" نيكوريت" Nicorett

- استخدام اللبان: ويحتوي على مادة النيكوتين، ومن أشهرها بوتس Boots، ونيكوتينيل Nicotinell، إضافة إلى بخاخ الأنف المعوض للنيكوتين

- العلاج بالطاقة الحيوية: والغاية منها هي السيطرة على الأعراض الانسحابية للمدخن، وكذلك السيطرة على رغبة المدخن بالاستمرار في التدخين (العاسمي،2009)، (قطب وآخرون،2005).

ونلاحظ من كل ذلك، أن سلوك تعاطي السجائر أصبح من المشكلات الخطيرة التي تواجه شعوب العالم اليوم، وذلك لما له من آثار سلبية على الصحة الجسدية والنفسية للأفراد المدخنين وخصوصاً الشباب. فقد أشار علماء الطب النفسي إلى أن النيكوتين ومشتقاته مدرج في أنظمة التشخيص النفسي العالمية على أنها من بين مسببات الاضطرابات النفسية، وهذه المشكلة دفعت كثير

من الباحثين والمهتمين للبحث عن جذورها لدى المتعاطين من خلال التعرف على أسبابها ودوافعها، وقد خلصوا إلى مجموعة من التفسيرات التي تعلّل لماذا يقدم كثير من الناس على تعاطي السجائر بالرغم من قناعتهم بأنها تحمل ضرراً كبيراً على حياتهم وصحتهم. ومن هذه المعرفة استطاعوا أن يضعوا العديد من البرامج الخاصة بوقاية الأفراد وحمايتهم من براثن هذا الداء، وكذلك برامج لمعالجة الأفراد الذين سقطوا في مستنقع إدمان السجاير.

وبالرغم من الجهود المبذولة من المؤسسات الحكومية والأهلية للحد من انتشار ظاهرة التدخين، إلاّ أنها تبدو في ازدياد مستمر وخصوصاً في دول العالم الثالث، وذلك نتيجة للعديد من العوامل، وأن عملية التخلص منها تعتمد بالدرجة الأولى على الإرادة الفردية لدى المدخن.

وأشارت نتائج كثير من الدراسات إلى ضرورة وضع برامج إرشادية لمعالجة مشكلة التدخين من خلال الاهتمام بخفض مستوى القلق وتحسين مفهوم الذات لدى المدخنين، باعتبارهما الأرضية الممهدة لتعاطي السجائر لدى المراهقين حسبما ما أشارت إليه تلك الدراسات، إضافة إلى العوامل الأسرية والاجتماعية والثقافية المساعدة في ذلك. ومن تلك الدراسات التي أوصت بوضع برامج إرشادية تتناول هذين المتغيرين أثناء تصميم البرامج الإرشادية للإقلاع عن التدخين لدى المدخنين: كدراسة "ويليام وستيفن"William&Stephen، 1999، و"أمبيرورفاقه"Amber، et al.200، وبيكر"Becker، 2001، وثورنتون"Thornton، 1999 والزهراني1999، ودراسة برود وهال"Brod and Hall، 1996، وسميثSmith، 2006، وفلندلر"Feldner، 2007، وغيرها من الدراسات التي تناول هذه الظاهرة لدى الشباب.

وقد تناولت العديد من الدراسات أكثر من أسلوب في التصدي لظاهرة التدخين، إما بالوقاية، وإما باستخدام الأساليب السلوكية، كفنية الغمر والتحصين التدريجي، التعزيز، وبعضها الآخر تناولها بالمعالجة عن طريق الأساليب المعرفية، وبعضها الثالث تناولها بالأساليب الطبية، وبعضها الرابع استخدمت أكثر من أسلوب كالأسلوب السلوكي والمعرفي والطبي...إلخ.

الحاجة إلى البرنامج:

وفي ظل تلك المعطيات، فإن المؤلف يسعى كمحاولة منه لوضع تصور لبرنامج إرشادي متكامل يتناول الظاهرة من جوانبها السلوكية والمعرفية والطبية، والأخلاقية بهدف مساعدة المدخنين من طلاب المرحلة الثانوية للإقلاع عن التدخين، عن طريق تعديل أو خفض حدة القلق إلى المستوى الطبيعي، ورفع كفاءة الذات، وتحسين مفهوم الذات في مواجهة المشكلات التي قد تعترضه في الحياة المدرسية

والأسرية والاجتماعية، وهذا الإجراء قد يساعد الطلاب المدخنين على أن يكونوا أكثر تقبلاً لذواتهم وأكثر توافقاً على المستوى الشخصي والاجتماعي والنفسي. فالتركيز على هذه المتغيرات في إرشاد وتوعية المدخنين بخطورة التدخين، إضافة إلى المتغيرات الأخرى من المتوقع أن تساعد الطلاب المدخنين للإقلاع عن سلوك التدخين.

تعريف البرنامج الإرشادي المقترح: ويمكن تعريفه بأنه برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية من إعداد الباحث، ويشتمل على تقديم بعض الخدمات الإرشادية النفسية والاجتماعية والطبية الدينية، بشكل جماعي لطلاب المرحلة الثانوية من المدخنين، الذين يرغبون في الإقلاع عن التدخين.

بناء البرنامج:

ـ الاطلاع على الأدب النظري في المجال النفسي والطبي والديني في مجال مكافحة التدخين، وأضراره، والعوامل المساعدة فيه، وطرق الوقاية والعلاج.

ـ الاطلاع على الدراسات الوصفية والإرشادية التي تناولت أساليب الوقاية والإقلاع عن التدخين.

ـ الإطلاع على البرامج الإرشادية والعلاجية التي تناولت علاج العديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية كالإدمان على المخدرات والتدخين، والقلق، وتحسين مفهوم الذات، وغيرها من البرامج، مثل دراسة الزهراني، 1998، والعمري، 2000. والأنصاري، 2000، وسليمان 2000، وآل عطاء 2008.

أهداف البرنامج:

يمكن إجمال تلك الأهداف بمايلي:

يسعى البرنامج الحالي المقترح إلى مساعدة الطلاب المدخنين في المرحلة الثانوية على الإقلاع عن التدخين لخفض مستوى سمة القلق وتحسين مفهوم الذات، والتحكم بالمتغيرات الفيزيولوجية المصاحبة لسلوك التدخين، وذلك من خلال استخدام مجموعة من الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية والطبية والدينية. وتتمثل تلك الأهداف في الآتي:

أولاً ـ الأهداف العامة للبرنامج الإرشادي:

أ ـ هدف إرشادي: يهدف هذا البرنامج إلى مساعدة المدخنين بشكل دائم أو متقطع إلى خفض التوترات والقلق النفسي بشكل عام وسمة القلق بصفة خاصة، وتحسين مفهوم الذات والكفاءة الذاتية في مواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية والأسرية التي قد تدفعهم إلى تعاطي السجاير، وذلك باستخدام الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية والطبية

ب ـ هدف وقائي : مساعدة الطلاب المدخنين القدرة على استخدام المهارات اللازمة التي تحصنهم وتحميهم من إتباع سلوكيات غير سوية كالتدخين أثناء مواجهتهم لضغوط ومشكلات الحياة اليومية بطريقة تتفق مع مفهوم الذات الإيجابي لديهم على المستوى الشخصي والاجتماعي، والعودة مرة أخرى إلى التدخين.

ج ـ هدف نمائي : تنمية السلوكيات الإيجابية والتوافق مع متطلبات الحياة، من دون أن تؤثر مغريات التدخين ومثيراته على تحقيق آماله وأهدافه المستقبلية.

ثانياً ـ الأهداف الخاصة :

وتشمل هذه الأهداف مايلي :

ـ توفير الوعي والرغبة لدى الطلاب المدخنين في الإقلاع عن التدخين.

ـ تعريف المدخنين بالأضرار الناجمة عن التدخين على المستوى الصحي والاجتماعي والأخلاقي عن طريق المحاضرات الدينية التي تؤكد على أهمية الثبات في الاستقامة والسلوك القويم للفرد المسلم، وكذلك المحاضرات الطبية والزيارات الميدانية لمراكز علاج المدخنين.

ـ خفض مستوى سمة القلق لدى المدخنين.

ـ تحسين مفهوم الذات بأبعاد المختلفة، من مفهوم سلبي إلى مفهوم إيجابي، ورفع الكفاءة الذاتية لدى المدخنين.

ـ خفض مستوى المتغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للتدخين، وذلك من خلال استخدام المقاييس الطبية.

ـ استغلال المدخن لقدراته وإمكانياته في أعمال مناسبة تتطلب الاعتماد على الذات، وتحمل المسؤولية في كل عمل يقوم به.

ـ تعليم الطلاب المدخنين أساليب التعامل مع مواقف الحياة الضاغطة من دون تدخين.

ـ تعميق معرفة الطالب بذاته وانفعالاته ومشاعره.

ـ تخليص الطلاب من الأفكار الهدامة التي قد تعيق توافقهم، وتجعلهم يلجئون إلى السجائر.

ـ تقبل الذات والرضا عنها والاعتراف بعناصر القوة والضعف في شخصية الطلب.

الأسس التي يقوم عليها البرنامج :

يقوم هذا البرنامج الإرشادي المقترح على مجموعة من الأسس نجملها في الآتي :

1. **الأسس العامة**: وتشمل مراعاة مرونة السلوك الإنساني، وحق الطالب المدخن في الإرشاد والعلاج النفسي، وتقبل الطالب بكل ما فيه، وقابلية السلوك للتعديل والتغيير، وضرورة الاستمرار في عملية الإرشاد النفسي.

2. **الأسس الدينية**: يعد الدين ركناً أساسياً في الإرشاد النفسي والنمو السوي، وتحقيق الصحة النفسية، وأن القيم الدينية والخلقية تمثل معايير مقدسة للسلوك الإنساني، كما أن احترام الباحث والطالب (المسترشد) للقيم الدينية والخلقية يؤدي إلى نجاح عملية الإرشاد واستمرارها. إضافة إلى أن إكساب الطالب (المسترشد) المبادئ الدينية القويمة عن طريق المحاضرة حول مسألة التدخين، تعد القاعدة والأساس في نجاح البرنامج في الوصول إلى أهدافه.

3. **الأسس الفلسفية**: وتتضمن مراعاة الطبيعة الإنسانية الخيرة للطالب، وأخلاقيات الإرشاد النفسي، وسرية المعلومات، والعلاقات المهنية التي تقوم على الألفة والتسامح واستخدام الإقناع المنطقي بين الباحث والطالب (المسترشد).

4. **الأسس النفسية**: وتشمل مراعاة الخصائص العامة للنمو في مرحلة المراهقة، وإشباع الحاجات النفسية والانفعالية، إضافة إلى مساعدته الطالب (المسترشد) المدخن على التخفيف من حدة الأعراض النفسية المصاحبة لسلوك التدخين كالقلق والتوتر النفسي، والإحباط والصراع، وانخفاض مستوى فعالية الذات في مواجهة المواقف المحبطة التي يواجهها في حياته اليومية، وذلك من خلال استخدام الأساليب النفسية في ذلك، كالتحصين التدريجي، أو التنفير، أو دحض الأفكار غير المنطقية.

5. **الأسس الاجتماعية**: وتشمل الاهتمام بالطالب المدخن ككائن اجتماعي يتأثر ويؤثر في البيئة التي يعيش فيها، وأن الضغوط الاجتماعية والثقافية التي جعلته يقدم على تدخين السجاير تؤثر على شخصيته، وأن أسلوب الإرشاد الجماعي يعد من الطرائق أو الأساليب المفضلة وخصوصاً لدى المسترشدين الذين يعانون من نفس المشكلة.

6. **الأسس الفزيولوجية**: وتشمل العلاقة الوثيقة بين الجسم والعقل، فالجانب الفيزيولوجي لا يمكن الاستغناء عنه عند وضع برنامج لإرشادي للحد من التدخين على اعتبار أن التدخين له مضاعفات فيزيولوجية إضافة إلى المضاعفات النفسية والعقلية والاجتماعية، وأن التعامل مع هذه الأعراض يكسب البرنامج قيمة جيدة من خلال التعامل مع المشكلة ببعديها العضوي والوظيفي.

الإطار المرجعي السيكولوجي للبرنامج:

يستند البرنامج على مجموعة من التصورات النظرية، وأهمها مايلي:

أ- الإرشاد والتوجيه الديني: بأنه الإرشاد يعتمد على التوجيه والاستبصار، وعلى معرفة الفرد بنفسه، والقيم والمبادئ الروحية والخلقية، وهذه المعرفة غير الدنيوية المتعددة الجوانب والأركان تعتبر مشعلاً يوجه الفرد في دنياه ويزيده استبصاراً بنفسه وبأعماله وذنوبه وآثامه وطرائق توافقه في حاضره ومستقبله (فهمي1987، 366).

بينما يعرفه تجاتي (2005،280) بأنه في أساسه عملية تصحيح تعلم سابق غير سليم اكتسب فيه المريض أفكاراً خاطئة أو وهمية عن نفسه وعن غيره من الناس، وعن الحياة والمشكلات التي تجابهه وتسبب له القلق.

وتشمل خطوات الإرشاد الديني على الاعتراف، والتوبة، والاستبصار، والتعلم، والدعاء، والصبر، والتوكل على الله، وذكر الله (الزبادي والخطيب،2000، 120).

ب - الإرشاد السلوكي: ويعني مجموعة الإجراءات أو الفنيات التي انبثقت تجريبياً من نظريات التعلم، والتي تهدف إلى تغيير السلوك على نحو مرغوب فيه. ومن فنياته التعزيز الموجب، والنمذجة، والتحصين التدريجي والاسترخاء العضلي، والتعزيز الاجتماعي، والقصة، وتجاهل الاستجابة غير المرغوب فيها.

- الإرشاد المعرفي: ويعني تغيير العمليات المعرفية والأفكار اللاعقلانية التي تسبب الاضطراب النفسي، ويستخدم هذا الأسلوب في تغيير العادات والمعتقدات الخاطئة عند المشركين كالتدخين وغيره من السلوكيات غير السوية، من خلال الإقناع والتوضيح بالبراهين القاطعة، وكذلك الحوار والمناقشة.

- الإرشاد الجماعي: يهدف الإرشاد الجمعي إلى تعديل السلوكيات غير المرغوب فيها، وتعليم الأفراد سلوكيات جديدة مرغوبة، ويتم ذلك من خلال مجموعة متجانسة في المشكلة، كسلوك التدخين على سبيل المثال.

- الخدمات الطبية: وتعني تقديم الأدوية والوسائل الطبية اللازمة للكشف عن النيكوتين في الدم، وفي هواء الزفير، مع تقديم نماذج طبية سيئة لأفراد يتعاطوا التدخين، وأفراد أقلعوا عن التدخين، وكذلك تقديم محاضرة طبية عن أضرار التدخين على المستوى الصحي، وكذلك تقديم الأدلة الطبية على ذلك من خلال استخدام الصور أو النماذج البشرية.

المستفيدون من البرنامج :

ويمكن أن يستفيد من هذا البرنامج الأفراد الذين يتمتعون بالخصائص التالية :

أ - ارتفاع مستوى واقعية الفرد في الإقلاع عن التدخين.

ب - انخفاض مستوى قابلية الفرد للانتكاس.

ج - ارتفاع مستوى الجدية لدى الأفراد المشاركين في البرنامج.

د - الكفاءة الذاتية والرغبة في تعلم مهارات جديدة ومفيدة.

هـ - مدى ثقة المدخن في نفسه وفي كفاءته، وفي الفوائد المكتسبة من الإقلاع عن التدخين.

و - الاقتناع الشخصي بالتوقف عن التدخين.

العينة المستهدفة :

يتوقع أن يستفيد من هذا البرنامج طلاب المرحلة الثانوية الجامعية من المدخنين، الذين تتراوح أعمارهم بين (30-16) سنة، والذين اعتادوا على سلوك تدخين السجاير، سواء التدخين التجريبية أو التدخين الإدماني. وبكثافة عالية فوق (20) سيجارة ولمدة تزيد عن (5) سنوات، أو الذين هم في البدايات الأولى للتدخين السجائر.

أدوات البرنامج والأجهزة المستخدمة :

إن الأدوات والوسائل والمقاييس التي يمكن أن تساعد البرنامج في الوصول إلى أهدافه بطريقة علمية مقبولة على المستوى الكمي والكيفي فهي الآتية :

1- استمارة بيانات شخصية : تشمل الاسم، المدرسة، الصف، بداية التدخين، كثافة التدخين.

2 - بطاقة الملاحظة : وذلك لرصد سلوكيات المدخنين أثناء جلسات البرنامج واستجاباتهم لنشاطاتها.

3 - استبانه تقويمية للحكم على فاعلية كل جلسة من جلسات البرنامج.

4- بطاقة يومية لرصد التغيرات الإيجابية للإقلاع عن التدخين، يقوم المسترشد.

5- استبيان الاتجاه نحو التدخين.

6- مقياس حالة القلق وسمة القلق.

7- مقياس مفهوم الذات.

8- أجهزة طبية لقياس كمية النيكوتين في الدم.

9- أجهزة طبية لقياس نسبة أكسيد الكربون في هواء الزفير

10. قياس كمية الأوكسجين في الدم.

فريق العمل المشارك في تنفيذ البرنامج:

يتوقع لنجاح البرنامج الإرشادي أن يساهم في تنفيذ خطواته مجموعة من المختصين، وهم:

1 **المرشد**: الذي يدير ويشرف على العملية الإرشادية من البداية إلى النهاية.

2. **المرشد الطلابي**: الذي يتولى تطبيق المقاييس النفسية وتفريغها، وحساب نتائجها.

3. **رجل الدين أو مدرس التربية الإسلامية في المدرسة**: ينحصر دوره في إلقاء محاضرة دينية حول رأي الدين الإسلامي في مسالة التدخين.

4. **طبيب**: يقوم بفحص كمية مادة النيكوتين في الدم، وغاز ثاني أكسيد الكربون في هواء الزفير.

5. **الطلاب المستهدفون**: وهم طلاب المرحلة الثانوية والجامعية والذين لا يتجاوز عددهم عن (15) طالباً، ممن اعتادوا سلوك التدخين لمدة لا تزيد عن ثلاث سنوات بصورة منتظمة، ويرغبون بالمشاركة في البرنامج للتخلص من هذه العادة.

6. **حالات أقلعت عن التدخين كنماذج**: والغاية منها عرض تجربتهم حول التدخين والأعراض النفسية والجسدية والاجتماعية الناتجة عن ذلك، وتجربتهم حول الطرائق التي اتبعوها للإقلاع عن التدخين.

مكان تطبيق البرنامج:

يتوقع أن تطبق جلسات البرنامج في الأماكن التالية:

أ - مكتب المرشد الطلابي في المدرسة، أو في أي مكان في المدرسة يتسع لـ (12) طالباً، ويكون مجهزاً بكل بالمتطلبات الضرورية لإنجاح البرنامج، تتوافر فيه الشروط الصحية لممارسة الإرشاد الجماعي.

ب - قاعة المحاضرات في مركز مكافحة التدخين.

ج - قاعة المحاضرات في مستشفى متخصص في معالجة المدخنين أو قسم معالجة الأورام السرطانية الناتجة عن التدخين.

زمن تنفيذ البرنامج:

يتوقع تنفيذ البرنامج خلال ثلاثة شهور، منذ بدايته وحتى نهايته. أي خلال فصل دراسي واحد، وأن تكون جلسات البرنامج في الجلسة الأخيرة من الجدول الدراسي اليومي.

الفنيات الإرشادية للبرنامج:

يتوقع أن يستخدم المرشد لنجاح برنامجه الإرشادي المقترح الفنيات والأساليب التالية:

- فنية المحاضرة والمناقشة وخصوصاً في الجزئية الخاصة بالجانب الديني والطبي.
- فنية النمذجة
- فنية التحصين التدريجي.
- فنية الاسترخاء العضلي والتنفس العميق.
- منع حدوث الاستجابة.
- منع حدوث الانتكاس.
- ضبط المنبهات والمحرضات.
- استخدام التعزيز.
- التدرب على اكتساب المهارات وحل المشكلات.
- التخيل العقلاني الانفعالي.
- الأحاديث الذاتية الإيجابية.
- فنية اكتشاف الخبرات المنكرة للذات، وترميز بشكل إيجابي في مفهوم الذات الجديد.
- استخدام العمليات والتدريبات الجماعية.
- فنية دحض الأفكار غير المنطقية.

جلسات البرنامج:

تتكون جلسات البرنامج الإرشادي المقترح من (16) جلسة إرشادية وتدريبية، بما فيها الجلسة التمهيدية الأولى، وجلسة القياس القبلي، وجلسة القياس البعدي، وجلسة المتابعة، بحدود جلسة كل (5) أيام، ومتوسط زمن الجلسة بين (45-60) دقيقة.

محتوى جلسات البرنامج:

يتضمن محتوى الجلسات الإرشادية والتدريبية مايلي:

جلسة أولى تمهيدية:

هدفها: الترحيب بمجموعة الطلاب المدخنين والتعرف إليهم. وطلب موافقتهم بالمشاركة في البرنامج، وتعريفهم بالبرنامج وأهميته، والاتفاق على القواعد التي تحكم الجلسات الإرشادية، مع تحديد مكان وزمن كل جلسة.

الجلسة الثانية: القيام بتطبيق المقاييس الشخصية والنفسية على مجموعة الطلاب المدخنين المستهدفين في هذا البرنامج، وهي: مقياس الاتجاه نحو التدخين، ومقياس القلق، ومقياس مفهوم الذات، ورصد تلك النتائج في السجل الخاص بكل طالب.

الجلسة الثالثة: الزيارة الميدانية إلى مركز مكافحة التدخين في المنطقة: بهدف قياس كمية النيكوتين في الدم، وثاني أكسيد الكربون في هواء الزفير، ورصد تلك النتائج في سجل كل طالب.

الجلسة الرابعة: محاضرة عن التدخين وأضراره وطرق الوقاية منه.

الجلسة الخامسة: محاضرة ونقاش مع أحد رجالات الدين حول الأحكام الشرعية حول تدخين السجاير، والضرار الناجمة عن ذلك.

الجلسة السادسة: مشكلات الشباب والإقدام على سلوك التدخين.

الجلسة السابعة: الانزعاج الشخصي والانفعالي من سلوك التدخين.

الجلسة التاسعة: إدارة القلق، ومواجهة تلك المواقف المقلقة عن طريق إدارة القلق.

الجلسة العاشرة: التدرب على مواجهة المشكلات والقدرة على وضع حلول لها.

الجلسة العاشرة: زيارة ميدانية لمركز مكافحة التدخين، والاستماع لمحاضرة من الطبيب المختص حول أضرار التدخين على المستوى الصحي، مع تقديم نماذج وصور لحالات من المدخنين وغير المدخنين من الناحية التشريحية (القلب، الرئتين، ضغط الدم..إلخ.) كذلك عرض حالة واقعية لشخص أقلع عن التدخين، وحالة في حالات التدخين الإدماني.

الجلسة الحادية عشرة: هدفها كيفية عمل الأفكار والانفعالات والسلوك، وتعريف المجموعة بدور الأفكار اللاعقلانية في حدوث السلوك غير السوي لديه (التدخين).

الجلسة الثانية عشرة: دحض الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بسلوك التدخين لديهم.، ومناقشة كل فكرة لاعقلانية لدى كل منهم.مع تكليف المجموعة بتسجيل الأحداث المزعجة لهم والتي لها علاقة بالأفكار اللاعقلانية المرتبطة بسلوك التدخين.

الجلسة الثالثة عشرة: هدفها مناقشة المجموعة بالآثار السلبية المرتبطة بالتمسك بالأفكار الخاطئة حول سلوك التدخين.

الجلسة الرابعة عشرة: إزالة أسباب المشكلات وتنمية مفهوم إيجابي للذات لدى الطلاب المدخنين.

الجلسة الخامسة عشرة: القياس البعدي، وتتضمن: تطبيق المقاييس النفسية والطبية وغيرها لمعرفة الأثر الذي تركه البرنامج في تغيير الحالة النفسية للمدخنين بعد الانتهاء من البرنامج والانقطاع عن التدخين.

الجلسة السادسة عشرة: قياس المتابعة بهدف معرفة ثبات التحسن في تلك المتغيرات بعد فترة لا تقل عن شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج الإرشادي.

الجلسات التنفيذية للبرنامج:

سوف نركز في هذا القسم على محتوى والآليات التنفيذية للبرنامج الإرشادي المقترح، الذي يتكون من (16) جلسة.

الجلسة الأولى:

عنوان الجلسة: بناء العلاقة والتعريف بالبرنامج.

الهدف: بناء العلاقة والتعريف بالبرنامج:

مكان الجلسة: غرفة المرشد الطلابي أو مكان مناسب في المدرسة، أو مركز الإرشاد الطلابي.

الزمن: (50) دقيقة.

- القائمون بالتنفيذ: المرشد النفسي والمسترشدين (العملاء من الطلاب).

الإجراءات التنفيذية: يقوم المرشد خلال هذه الجلسة بالآتي:

- استقبال الطلاب المستهدفون عن مدخل غرفة المرشد والترحيب بهم.

- الطلب من الطلاب الجلوس في المكان المخصص لكل واحد منهم.

- الترحيب بالطلاب وأجراء تعارف بين الباحث ومجموعة الطلاب، وبين الطلاب أنفسهم، حيث يقوم الباحث بالترحيب بهم والتعريف بنفسه، وبعد ذلك، يطلب من كل طالب التعريف بنفسه أمام المجموعة.

- سعي المرشد إلى إقامة علاقة طيبة مع المجموعة أساسها التقبل والاحترام المتبادل، والثقة المتبادلة بينهما في جو هادئ، يسمح لكل فرد منهم بالتعبير عن مشاعره وخبراته من دون خوف أو قلق.

- التعريف بالبرنامج الإرشادي، من حيث أهدافه، وعدد جلساته، وخطواته، والاستراتيجيات المستخدمة فيه، ودور كل من الباحث والطلاب في تنفيذ البرنامج، والزمن المخصص، ومكان تنفيذ كل جلسة، والمشاركون الآخرون في جلسات البرنامج.

ـ الإجابة على استفسارات كل طالب حول البرنامج، وأخذ موافقتهم خطياً بالرغبة في المشاركة في تنفيذ البرنامج (العقد الإرشادي).

ـ حث الطلاب على المشاركة في البرنامج لما فيه خير لهم.

ـ توزيع نشرات على الطلاب متعلقة بأضرار التدخين.

ـ انتهاء الجلسة والاتفاق على مكان وزمان الجلسة التالية، والجلسات اللاحقة، ويتم ذلك من خلال توزيع جدول على كل طالب، تشتمل على جلسات وأهداف، وفنيات البرنامج، ومكان وزمان تنفيذ كل الجلسة.

الجلسة الثانية:

عنوان الجلسة: تطبيق المقاييس والاختبارات النفسية والشخصية.

الهدف: التعرف على الخط القاعدي للمستويات النفسية والشخصية للطلاب قبل بدء البرنامج.

مكان الجلسة: غرفة المرشد الطلابي أو مكان مناسب في المدرسة، أو مركز الإرشاد الطلابي.

الزمن: (60) دقيقة.

ـ القائمون بالتنفيذ: المرشد النفسي، والمسترشدين من الطلاب، والمرشد الطلابي.

ـ الإجراءات التنفيذية:

ـ الطلب من كل مفحوص قراءة التعليمات الخاصة بكل مقياس من المقاييس المستخدمة في البرنامج، ثم الإجابة على بنود مقياس سمة القلق، وكذلك ومفهوم الذات، والاتجاه نحو التدخين.

ـ يجيب المرشد عن كل سؤال يطرحه الطلاب حول تطبيق المقاييس، والأسئلة التي تحتاج إلى توضيح.

ـ يجمع المرشد استمارات الإجابة على المقاييس بعد انتهاء الطلاب من الإجابة عليها بالكامل.

ـ ينهي المرشد الجلسة، ويذكرهم بموعد وزمن الجلسة التالية.

الجلسة الثالثة:

عنوان الجلسة: القياس الفسيولوجي لآثار التدخين.

الهدف: التعرف على مستوى كمية النيكوتين في الدم، وغاز ثاني أكسيد الكربون في هواء الزفير، وكمية الأكسجين في الدم.

مكان الجلسة: غرفة الطبيب المختص في مركز مكافحة التدخين.

الزمن: (45) دقيقة.

القائمون بالتنفيذ: الطبيب المختص بعلاج التدخين والمرشد النفسي، والمسترشدين.

الإجراءات التنفيذية:

- قيام المرشد والطلاب في هذه الجلسة بزيارة إلى مركز مكافحة التدخين في المنطقة لقياس كمية النيكوتين في الدم، وثاني أكسيد الكربون في هواء الزفير، وكمية الأكسجين في الدم، حيث يطلب من الطبيب المختص (بعد التنسيق معه مسبقاً) قياس تلك المتغيرات الفسيولوجية لكل طالب على حده، ورصد تلك النتائج في سجل كل طالب.

- تعريف كل طالب بمستوى التغيرات الفسيولوجية لديه، والطلب منه بالتقليل من آثارها بما سوف يحصل عليه من فائدة من جلسات البرنامج في الإقلاع عن التدخين.

- تذكيره بأن هناك زيارة أخرى لهذا المركز من أجل رصد التغيرات التي سوف تحدث لديه مقارنة بهذه النتائج.

- ينهي المرشد والطلاب الجلسة شاكرين للطبيب حسن تعاونه واهتمامه، مع تذكير الطلاب بموعد وزمان الجلسة التالية.

الجلسة الرابعة:

عنوان الجلسة: أضرار التدخين على الشباب.

الهدف: تعريف الطلاب بمفهوم التدخين، وأسبابه، والدوافع التي تدفع الشباب إلى التدخين، وأضراره، وأساليب والوقاية والعلاج.

مكان الجلسة: غرفة المرشد الطلابي، أو مركز الإرشاد الطلابي.

الزمن: (60) دقيقة.

القائم بالتنفيذ: المرشد النفسي والطلاب.

الفنيات المستخدمة: محاضرة ومناقشة جماعية.

الإجراءات التنفيذية:

يتم التركيز في هذه المحاضرة على التدخين وأسبابه، ودوافع التعاطي، وأضراره، وطرق وأساليب حماية وقاية الشباب من هذا السلوك المدمر للذات.

- تشجيع الطلاب على التعبير عن مشاعرهم حول مضمون المحاضرة، من حيث طرح الأسئلة والاستفسارات عن الجوانب السلبية للتدخين.

ـ تسجيل قائمة بأسماء الطلاب الذين يجدون في أنفسهم الإرادة والشجاعة في الإقلاع عن التدخين منذ هذه اللحظة.

ـ تسجيل الطالب في استمارة خاصة كمية السجائر التي يدخنها يومياً.

ـ تعزيز وتشجيع الطلاب على الإقلاع تدخين السجائر والإبقاء على الكف بصورة مستمرة.

ـ توزيع المرشد كتيب عن أضرار التدخين، وكتابة تقرير عنه، مع بيان وجهة نظرهم كواجب منزلي.

ـ إنهاء الجلسة، وتوديع الباحث للطلاب، وتذكيرهم بموعد وزمن الجلسة التالية.

في ذلك.

الجلسة الخامسة:

عنوان الجلسة: التوجيه والإرشاد الديني لأضرار التدخين.

الهدف: توضيح الغاية من خلق الله سبحانه وتعالى الإنسان ،وتوعية الطلاب بالقيم النبيلة لسلوك المسلم في مجتمع مسلم، وتوضيح السلوكيات المذمومة (الخبائث) من وجهة نظر الدين الإسلامي، وتعريفهم كذلك بالأساليب الشرعية التي تساعدهم على حل مشكلاتهم والابتعاد عن الخبائث أو السلوكيات التي يحث الدين الإسلامي على الابتعاد عنها.

مكان الجلسة: غرفة المرشد الطلابي، أو مركز الإرشاد الطلابي.

الزمن: (60) دقيقة.

القائمون بالتنفيذ: مدرس التربية الإسلامية، أو داعية إسلامي، الطلاب، والمرشد النفسي.

الفنية: المحاضرة والمناقشة.

الإجراءات التنفيذية:

ـ يقوم المرشد الديني بإلقاء المحاضرة للطلاب المستهدفين، مستشهداً بالآيات القرآنية والأحاديث النبوية حول سلوك التدخين، وما يجلبه للفرد من مآسي ومشكلات تبعده عن طريق الاستقامة والفلاح الذي بينه الله للناس. ورأي الدين الإسلامي بالأساليب التي تساعد المسلم من التخلص من السلوكيات والعادات التي تبعده عن القيام بواجبات والتزاماته الدينية في المجتمع، والمحافظة على صحته الجسدية والعقلية لتحقيق الغاية التي وجد من أجلها.

ـ مناقشة الطلاب في موضوع المحاضرة والإجابة على استفساراتهم.

- حث الطلاب على الالتزام بالمبادئ والسلوكيات الحميدة لديننا الإسلامي والابتعاد عن التدخين، من خلال الدعاء والعبادة، ومصاحبة الأخيار من الزملاء.

- تكليف الطلاب بقراءة كتيب حول الرأي الشرعي في التدخين، وكتابة تقريراً يبين فيه الطالب أهمية الأخلاق الإسلامية باعتبارها جزءً من العبادات، مع بيان أهم السلوكيات المذمومة، والمحمودة لدى الطالب المسلم.

- إنهاء الجلسة، وتقديم المرشد الشكر للمرشد الديني، وتذكيرهم بالواجبات المنزلية، وموعد ومكان الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة:

عنوان الجلسة: مشكلات الطلاب والإقدام على تدخين السجاير.

الهدف: التعرف على مشكلات الطلاب التي تؤدي بهم في عجزهم عن حلها واللجوء إلى التدخين، وكذلك التعرف على الأسباب والدوافع وراء تدخين الطلاب، وضع تسلسل هرمي للمشكلات والمواقف الحياتية الضاغطة التي يواجهها الطلاب.

مكان الجلسة: غرفة الإرشاد الطلابي.

الزمن: (60) دقيقة.

القائمون بالتنفيذ: المرشد النفسي والمسترشدين من الطلاب.

الفنيات: المناقشة والحوار، والنموذج، والبوح الذاتي بالمشكلات (الاستكشاف).

الإجراءات التنفيذية:

- تبدأ الجلسة بتقديم المرشد تصور افتراضي لحالة مدخن للسجاير عارضاً الأسباب والدوافع التي دفعته إلى تدخين السجائر.

- طلب المرشد من كل طالب التعليق على ما جاء في تقرير الحالة عن السباب والدوافع وراء سلوكه (التدخين)، ومقارناً بينها وبين الأسباب والدوافع التي دفعته إلي ذلك.

- الطلب من كل طالب أن يسجل في ورقة خاصة: الدوافع أو مغريات التدخين (السمعية، البصرية، الذوقية، الاجتماعية، الانفعالية، المعرفية) وأسباب تعاطيه للدخان، ثم يطلب منه بعد ذلك بوضع قائمة بالمشكلات النفسية والاجتماعية والأسرية والمثيرات حسب درجة أهميتها وتأثيرها عليه، وبشكل هرمي بده بالمشكلات البسيطة وانتهاء بالمشكلات الصعبة.

ـ الطلب من بعض الطلاب بذكر ما سجلوه في قائمة المشكلات التي يعتقدون بأنها سببت لهم القلق والتوتر، وأخيراً اللجوء إلى تدخين السجائر.

ـ تذكير الطلاب بأن قائمة المشكلات التي سجلوها، سوف يتم التدريب على مواجهتها في الجلسة القادمة.

ـ قيام المرشد بإنهاء الجلسة، وتذكيرهم بموعد ومكان الجلسة التالية.

الجلسة السابعة:

عنوان الجلسة: مناقشة جماعية حول الانزعاج الشخصي من سلوك التدخين.

الهدف: التنفيس الانفعالي والبوح الذاتي بالمشكلات الشخصية أمام المجموعة الفرعية، ثم المجموعة الكلية، والتعبير عن هذه المشكلات من دون قلق أو خوف، ومناقشة ما توصلت إليه كل مجموعة فرعية من نتائج أمام الآخرين.

مكان الجلسة: غرفة المرشد الطلابي

الزمن: (60) دقيقة.

القائمون بالتنفيذ: المرشد النفسي والطلاب.

الفنية: التنفيس الانفعالي، واكتشاف تلك المشكلات ضمن المجموعة.

الإجراءات التنفيذية:

ـ في بداية الجلسة، يقوم المرشد بتوزيع المجموعة الكلية إلى مجموعات فرعية، لا يتجاوز عدد المجموعة عن (4) أشخاص، والطلب إلى كل مجموعة بتسجيل المواقف التي أجبرتهم على ممارسة سلوك التدخين.

ـ بعد انتهاء الطلاب من المرحلة السابقة، يطلب من كل مجموعة فرعية التحدث أمام المجموعات الأخرى حول ما توصلت إليه من نتائج حول المواقف التي ساعدتهم على ممارسة سلوك التدخين.

ـ مناقشة وحوار مع كل مجموعة، وبشكل جماعي.

ـ تعزيز آراء الطلاب حول البوح بتلك المواقف، والإجراءات اللازمة للتصدي لها ومعالجتها بطريقة بناءة.

ـ حصر تلك المواقف الضاغطة من أجل معالجتها في جلسة لاحقة.

ـ إنهاء الجلسة وتقديم المرشد الشكر للطلاب لحسن تعاونهم في البرنامج وتذكيرهم بموعد الجلسة اللاحقة.

الجلسة الثامنة:

عنوان الجلسة: مواجهة المواقف المقلقة عن طريق التحصين التدريجي والاسترخاء العضلي والذهني.

الهدف: تدريب الطلاب على كيفية مواجهة المواقف الضاغطة ومصادر القلق لديهم، والتي أجبرتهم إرادياً وغير إرادي على ممارسة سلوك التدخين.

مكان الجلسة: غرفة الإرشاد الطلابي أو مركز الإرشاد الطلابي.

الزمن: (60) دقيقة.

القائمون بالتنفيذ: المرشد النفسي بمساعدة المرشد الطلابي والطلاب.

الفنيات الإرشادية: التحصين التدريجي بمصاحبة الاسترخاء لخفض مستوى القلق.

الإجراءات التنفيذية:

- يقوم المرشد باختيار أحد أفراد المجموعة، ويطلب منه أن يظهر السجل الذي سجل فيه المواقف المقلقة في الجلسة السابقة، حيث يجلسه على كرسي مريح، ويطلب منه التعايش ذهنياً مع الموقف الأول الأقل إثارة للقلق لديه وهو في حالة من الاسترخاء العضلي والذهني. ويطلب منه إذا لم يستطيع التركيز في ذلك الموقف أن يكرر ثانية الموقف حتى يتصل إلى حالة من الاسترخاء الحقيقي، ثم الانتقال إلى الموقف الثاني والثالث إلى نهاية القائمة.

- يدور نقاش بين المرشد والطالب حول ما شعر به من قدرة على استحضار تلك الخبرات المقلقلة لديه من دون توتر.

- يطلب المرشد من بقية أعضاء القيام بهذا التدريب في المنزل كواجب منزلي.

- إنهاء الجلسة، مع تذكير الطلاب بموعد ومكان الجلسة القادمة.

الجلسة التاسعة:

عنوان الجلسة: التدرب على حل المشكلات:

الهدف: مناقشة المشكلات المتعلقة بالتدخين، وتدريب الطلاب على كيفية مواجهة حل المشكلات التي تواجههم في حياتهم اليومية، واتخاذ القرارات المناسبة لها.

مكان الجلسة: غرفة الإرشاد الطلابي أو مركز الإرشاد الطلابي.

الزمن: (60) دقيقة.

القائمون بالتنفيذ: المرشد والطلاب.

الفنيات المستخدمة: فنية حل المشكلات.

الإجراءات التنفيذية:

- قيام المرشد في هذه الجلسة بمساعدة الطلاب على حل المشكلات التي تعترضهم في حياتهم اليومية موضحاً لهم أن وجود المشكلات أمر عادي ولابد أن نتعامل معها بحكمة.

- يطلب منهم أن يحددوا المشكلات التي تصادف الطالب وتجعله يلجأ إلى التدخين وذلك كما ذكروها في جلسات سابقة.

- أن يقوم المرشد بشرح كيفية حل المشكلات وأهمية الوصول إلى أفضل حل للمشكلة.

- يقوم المرشد عرض لمشكلة واقعية ومحاولة حل هذه المشكلة وفق خطوات حل المشكلة.

- الطلب من أحد الطلاب عرض مشكلة مر بها، ولم يستطع الوصول إلى حل لها، ولجأ إلى التدخين للتخفيف من حدتها.

- الطلب من كل طالب أن يبدي رأيه في تلك المشكلة، ويقترح حلاً لها من وجهة نظره كما لو كان هو صاحب المشكلة، وبعد ذلك يتم تقديم الحلول الممكنة والمناسبة لعلاج تلك المشكلة.

- ثم الانتقال إلى طالب آخر لعرض مشكلة لديه، وتقديم البدائل الممكنة للحل من دون اللجوء إلى التدخين.

- تكليف الطلبة بواجب منزلي يتم خلاله تحديد أهم المشكلات التي يتعرضون لها، واقتراح حلول ملائمة وواقعية وفقاً لما تعلموه في هذه الجلسة، مع تذكيرهم أيضاً بضرورة تسجيل عدد المرات التي يكون لديه اشتهاء لشرب الدخان، والأساليب التي يتبعها لمقاومة هذا الشعور.

- إنهاء الجلسة، مع تذكير الباحث الطلاب بموعد ومكان الجلسة السابقة.

الجلسة العاشرة:

عنوان الجلسة: زيارة ميدانية إلى مستشفى معالجة الأمراض والأورام الناتجة عن التدخين.

الهدف: الاطلاع عن كثب على حالات المرضى المقيمين في المستشفى للاطلاع على نماذج من المرضى الذين يعانون من أمراض وأورام ناتجة عن التدخين بمرافقة الطبيب المختص.

مكان الجلسة: مستشفى معالجة أضرار التدخين.

الزمن: (60) دقيقة.

القائمون بالتنفيذ: المرشد، والطبيب المختص.

الفنيات الإرشادية: المحاضرة والنقاش، والنمذجة.

الإجراءات التنفيذية:

ـ قيام المرشد بصحبة الطلاب إلى مستشفى المختص بمعالجة أعراض التدخين عند المرضى المدخنين، ولقاء الطبيب المختص الذي يقوم بشرح للطلاب عن أعراض التدخين على المستوى الصحي، ثم الإجابة عن استفساراتهم.

- القيام بجولة إلى القسم المختص شارحاً للطلاب الحالة المرضية لبعض المرضى، ثم يقوم الطلاب بطرح أسئلة على المريض بداية التدخين لديه وكميته، والأساليب الفاشلة التي اتبعها للتخلص من التدخين.

- ينهي المرشد الزيارة بشكر الطبيب المختص، مع تذكير الطلاب بموعد الجلسة القادمة.

الجلسة الحادية عشرة:

عنوان الجلسة: الأفكار السلبية وأثرها على السلوك.

الهدف: تعريف الطلاب كيفية عمل الأفكار والانفعالات والسلوك من وجهة نظر إبليس، وشرح نظريته لتوضيح الارتباط القائم بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وتعريف الطلاب بدور الأفكار اللاعقلانية في حدوث السلوك التدخين لديه، ومناقشة الطلاب حول المعتقدات الخاطئة حول التدخين وما يقابلها من معتقدات صائبة بديلة ومناهضة.

مكان الجلسة: غرفة المرشد الطلابي.

الزمن: (60) دقيقة.

القائمون بالتنفيذ: المرشد والطلاب.

الفنيات الإرشادية: الحوار والمناقشة، التحليل الذاتي العقلاني، الواجبات المنزلية:

الإجراءات التنفيذية:

- يقوم المرشد بتقديم معلومات مبسطة للطلاب حول آلية تشكل الاضطراب السلوكي أو النفسي من وجهة نظر "إبليس"، وأن تلك الأفكار هي التي تولد المشاعر الإيجابية أو السلبية تجاه مواقف الحياة المختلفة، وهذه المشاعر تولد السلوكيات حسب تلك المشاعر المتوالدة عن الأفكار. وبعد هذا العرض يجيب الباحث عن تساؤلات الطلاب هو تشكل السلوك المضطرب أو غير السوي.

- يحاول المرشد أن يقوم بإسقاط تلك المعلومات المتعلقة بنظرية "إبليس" على سلوك التدخين، وأن هذا السلوك غير السوي وغير المقبول اجتماعياً يتولد لدى الناس من أفكار حول التدخين" بأنه يعني الرجولة، والقوة، والتحدي...إلخ.

- يطلب المرشد من الطلاب أن يقدموا تفسيرات لسلوك التدخين لديهم، ويقارنوا بين ما هو صائب منها وما هو خاطئ من تلك التصورات، حيث يبدأ بالطالب الأول، فيقول له: تفضل بالحديث عما تراه صائباً أو خاطئاً من أفكار ومعتقدات حول سلوك التدخين. يبدأ الطلاب بالاستماع إلى ما يقوله. وبعد الانتهاء يطلب من الجميع مناقشة الطلاب حول القضايا الصائبة وغير الصائبة في اعتياده لسلوك التدخين.

- ينتقل المرشد إلى الطالب الثاني والثالث، وهكذا إلى آخر طالب.

- تكليف الطلاب بتسجيل الأحداث المزعجة والتي لها علاقة بالأفكار اللاعقلانية التي تحدث معهم.

- ينهي المرشد الجلسة، مع تذكير الطلاب بمكان وزمان الجلسة التالية.

الجلسة الثانية عشرة:

عنوان الجلسة: كيفية دحض الأفكار اللاعقلانية.

الهدف: مناقشة الفكرة اللاعقلانية الخاطئة حول الانزعاج والضيق الانفعالي لدى الطلاب حسب ما ذكروه في الواجب المنزلي، وإرشاد الطلاب على اعتناق الأفكار العقلانية، وحل مشكلاتهم الانفعالية، وفهم مصادر اضطراب سلوكهم.

مكان الجلسة: غرفة المرشد الطلابي.

الزمن: (60) دقيقة.

القائمون بالتنفيذ: المرشد والطلاب.

الفنيات الإرشادية: المناقشة، المناقشة والحوار، والتنفيس الانفعالي، والنمذجة، والاسترخاء العضلي والذهني، والاستبصار الذاتي، والواجبات المنزلية.

الإجراءات التنفيذية:

- يطلب المرشد من الطلاب عرض ما كتبوه في الواجب المنزلي حول الأفكار الخاطئة التي تثير التوتر والقلق لدى المدخن وتجبره على تدخين السجاير، ومناقشة تلك الأفكار.

- الطلب من الطالب الأول، والثاني والثالث حتى آخر طالب، وعرض ما سجلوه من معتقدات خاطئة حول التدخين، ثم مناقشة هذه المعتقدات مع بقية الطلبة.

- يقدم المرشد نموذجاً مكتوباً لبعض الحالات الإرشادية التي تم علاج مشكلة التدخين لديها بهذا الأسلوب الإرشادي، والتعرف على معتقداته الخاطئة في بداية الأمر عن سلوك التدخين، وكيف

استطاع أن يدحض تلك الأفكار، وذلك من خلال الاستبصار بذاته، والأفكار البديلة التي استطاع أن يأخذها، لتغيير اتجاهه الإيجابي نحو التدخين، وكيف استطاع أن يفهم مصادر اضطرابه، ودوافع سلوكه.

- يطلب المرشد وهو في حالة من الاسترخاء العقلي والجسمي أن يعرض أفكاره اللاعقلانية حول سلوك التدخين، وكيف يستطيع في ضوء ذلك أن يحل مشكلاته الانفعالية الناجمة عن تلك الأفكار من خلال فهم مصادر ودوافع سلوكه التي أجبرته على إتباع سلوك التدخين.

- تكليف الطلاب بواجب منزلي حول الأفكار والمعتقدات المرتبطة بتضخيم الحوادث وتهويلها.

- إنهاء الجلسة وتذكير الطلاب بموعد ومكان الجلسة القادمة.

الجلسة الثالثة عشرة:

عنوان الجلسة: الآثار السلبية المرتبطة بالتمسك بالأفكار الخاطئة.

الهدف: مساعدة الطالب على إدراك العلاقة الارتباطية بين تلك الأفكار اللاعقلانية ومشاعر الدونية والقلق لديه، مساعدة الطالب على تمثل أفكار عقلانية جديدة أثناء مواجهته لمشكلاته، وتنمية تحمل المسؤولية لديه والاعتماد على الذات، والثقة في النفس.

مكان الجلسة: غرفة المرشد الطلابي أو مركز الإرشاد الطلابي.

زمن الجلسة: (60) دقيقة.

القائمون بالتنفيذ: المرشد والعملاء من الطلاب المدخنين.

الفنيات الإرشادية: المناقشة، والحوار الذاتي، وفنية التخيل، والتنفيس الانفعالي، والواجبات المنزلية.

الإجراءات التنفيذية:

- يقوم المرشد على سبيل المثال مناقشة الفكرة اللاعقلانية القائلة" التعاسة وعدم الإحساس بالسعادة سببها الظروف والأحداث الخارجية والإنسان لا يملك القدرة على التحكم في أحزانه واضطراباته"، وأن هناك مصدراً واحداً للسعادة وإنها لكارثة إذا ما أغلق هذا المصدر أو فقد.

- يطلب من الطلاب مناقشة هذه الأفكار، وأفكار أخرى غير منطقية تجعل الفرد يعيش في حالة من القلق والتوتر.

- يقوم المرشد بالطلب من الطلاب بمحاكاة هذه الأفكار بأفكار موجودة لديهم وسببت لهم القلق والتوتر والشعور بضعف الثقة في الذات.

- يطلب المرشد من الطلاب أن يحددوا الأفكار الإيجابية البديلة لتلك التي يعتقدون أنها وراء تلك المشكلات التي يعانون منها.

- يتم مناقشة تلك الأفكار الإيجابية التي طرحها الطلاب حول الإقلاع عن سلوك التدخين.

- يقوم المرشد بتعزيز الطلاب وتدعيم تلك الأفكار الإيجابية التي تبنوها في هذه الجلسة، مع ذكر أمثلة ونماذج لأشخاص، تغيرت حياتهم إيجابياً نتيجة لإتباعهم أساليب وأفكار إيجابية في التعامل مع المشكلات الحياة المقلقة.

- إنهاء الجلسة وتذكيرهم بأن الجلسة التالية هي الجلسة الأخيرة في البرنامج.

الجلسة الرابعة عشرة:

عنوان الجلسة: إزالة أسباب المشكلات وتنمية الذات لدى المسترشدين (العملاء من الطلاب).

الهدف: مساعدة المفحوص على إزالة أسباب المشكلات الأخرى التي يعاني منها، وتوجيه الطلاب على استخدام العواطف بحكمة، وتوجيههم على ممارسة الشعائر الدينية بانتظام، ومساعدته على تعليمه المهارات الاجتماعية المتناسبة مع القيم الاجتماعية والأخلاقية، والاستفادة من وقت فراغه بطريقة مفيدة بعيداً عن اللهو والسلوكيات التي قد تضر به وبغيره.

مكان الجلسة: غرفة المرشد الطلابي أو المركز الإرشادي..

زمن الجلسة: (60) دقيقة.

القائمون بالتنفيذ: المرشد النفسي والعملاء من الطلاب.

الإجراءات التنفيذية:

في الجلسة الختامية من هذا البرنامج يحاول المرشد أن يلخص ما توصل إليه البرنامج من أفكار إيجابية تعزز سلوك الإقلاع عن التدخين لدى الطلاب المدخنين، من خلال حثهم على الاستمرار في الإقلاع عن التدخين، ومعالجة المشكلات التي يواجهونها في حياتهم اليومية بواقعية ومنطقية، وتعزيز ثقتهم بأنفسهم في ذلك، وتنمية حس المسؤولية لديهم، والاستفادة من وقت فراغه في العبادات والعمل النافع لهم ولمجتمعهم.

- يطرح المرشد على الطلاب أسئلة حول مدى استفادتهم من البرنامج الإرشادي الذي شاركوا فيه.

- يستمع المرشد لآراء الطلاب حول ذلك، وتعزيز استجاباتهم الإيجابية حول رغبتهم في الامتناع نهائياً عن التدخين.

- يكلف المرشد الطلاب في كتابة تقرير حول الفائدة التي اكتسبوها من المشاركة في هذا البرنامج.

- يقدم الشكر والتقدير للطلاب على هذه المشاركة، ويطلب منهم الحضور في الأسبوع القادم من أجل التعرف على النتائج الإيجابية التي حصلوا عليها من مشاركتهم في هذا البرنامج.

الجلسة الخامسة عشرة:

عنوان الجلسة: القياس البعدي.

أهداف الجلسة: التعرف على مقدار التحسن لدى الطلاب في الإقلاع عن التدخين، وقياس مستوى القلق ومفهوم الذات، والاتجاه نحو التدخين، ومعرفة المؤشرات الخاصة بكمية النيكوتين في الدم، وغاز ثاني أكسيد الكربون في هواء الزفير، وكمية الأكسجين في الدم.

مكان الجلسة: غرفة المرشد الطلابي، وعيادة مركز مكافحة التدخين.

زمن الجلسة: (90) دقيقة.

القائمون بالتنفيذ: المرشد النفسي والعملاء أو الطلاب، والمرشد الطلابي، الطبيب المختص بعلاج التدخين.

الأدوات المستخدمة: قائمة رصد الإقلاع عن التدخين، الاتجاه نحو التدخين، مقياس سمة القلق، مفهوم الذات، التقارير الذات، الأجهزة الطبية.

الإجراءات التنفيذية:

- يتم تطبيق المقاييس السابقة الذكر مرة ثانية على الطلاب للتعرف على مدى التغير الحاصل لديهم في هذه المتغيرات: النفسية والفسيولوجية والشخصية مقارنة بنتائج القياس القبلي.

- التعرف على التقارير التي قدمها الطلاب حول مدى استفادتهم من البرنامج.

- إنهاء الجلسة، مع تقديم المرشد للطلاب على النجاح الذي أحرزه في الإقلاع عن التدخين.

- تذكيرهم بان هناك جلسة متابعة بعد فترة، سوف يتم إخبارهم بها في وقت لاحق.

الجلسة السادسة عشرة:

عنوان الجلسة: القياس التتبعي.

أهداف الجلسة: التعرف على ثبات التحسن لدى الطلاب في الإقلاع عن التدخين، وثبات مستوى القلق ومفهوم الذات لديهم، وكذلك المؤشرات الفسيولوجية المصاحبة للتدخين.

مكان الجلسة: غرفة المرشد الطلابي، وعيادة مركز مكافحة التدخين.

زمن الجلسة: (90) دقيقة.

القائمون بالتنفيذ: المرشد النفسي، والطلبة، والمرشد الطلابي، وطبيب المختص بعلاج التدخين.

الأدوات المستخدمة: قائمة رصد الإقلاع عن التدخين، الاتجاه نحو التدخين، مقياس سمة القلق، مفهوم الذات، التقارير الذات، الأجهزة الطبية.

الإجراءات التنفيذية:

- يتم تطبيق المقاييس السابقة الذكر مرة ثالثة على الطلاب للتعرف على مدى ثبات التحسن الحاصل لديهم في هذه المتغيرات: النفسية والفسيولوجية والشخصية مقارنة بنتائج القياس البعدي.

الفصل الثاني
برنامج إرشادي للحد من مشكلة الخجل

مقدمة:

يُعد الخجل مشكلة اجتماعية يعاني منها الفرد بداية من مرحلة الطفولة، وإذا لم تلق هذه المشكلة أي اهتمام من جانب الأسرة أو الأشخاص المحيطين بالطفل فإنها سوف تتفاقم وتتضخم وتصبح عائقاً اجتماعياً هاماً بالنسبة للفرد عندما يصل إلى مرحلة المراهقة أو حتى مرحلة الشباب، ويصبح غير قادر على التعامل الطبيعي مع من حوله ولا يستطيع التفاعل مع المجتمع وينعزل عن المجتمع الذي يعيش فيه. وفي هذه الحالة يحتاج هذا الشخص إلى معاونة المهتمين بمجال الصحة النفسية لإخراجه من هذه الأزمة ومحاولة الوصول به إلى أمثل طريقة للتعامل مع المجتمع.

وقد عرّف الدسوقي (1990 : 1351) بأنه: عدم ارتياح في حضور الآخرين من الناس ينتج عن فرط الشعور بالذات Self-Consciousness، ويرجع الخجل من وجهة نظر مكدوجل للتنبيه المتزامن لأحاسيس نفسية إيجابية وسلبية، والخجل: مشقة انزعاج وكف جزئي للصور المعتادة من السلوك في حضور الآخرين خصوصاً وهو في معرض الانتباه (أي عندما يكون الفرد محط أنظار الآخرين).

وللتفريق بين الزملة (مجموعة أعرض تظهر مجتمعة مع بعضها بعضاً لتشكل اضطراباً ما) الإكلينيكية للخجل عن زملة القلق الاجتماعي فلا توجد أية دراسة تؤكد أن حالات الخجل هي نفسها حالات القلق الاجتماعي، كما أن نسبة الانتشار المختلفة توحي بأنهما ليسا شيئا واحد، وهذا ما أثبته بعض الدراسات، حيث تبين في سلسلة من الدراسات أن الخجل موجود لدى (4 ٪) من طلاب الجامعة. أما القلق الاجتماعي فكان معدل انتشاره (25٪) فقط في عينة من المجتمع. وفي دراسة قام بها تيرنروز وزملائه (1990) خلصوا إلى وجود عدد من المتماثلات بين الزملتين مثل: الملامح البدنية، المعرفية " ووجود عدد من العوامل التي تميز بينهما، وهي:

1- درجة القصور الاجتماعي والمهني أكبر بكثير عند المصابين بالقلق الاجتماعي عن أولئك الأشخاص الخجولين.

2- الخجل يحدث في سن مبكرة عن السن الذي يحدث فيه القلق الاجتماعي.

3- القلق الاجتماعي حالة مزمنة غير متقطعة، بينما الخجل حالة عابرة بالنسبة لكثير من الأشخاص..

4- إن التجنب يقترن بالقلق الاجتماعي أكثر من اقترانه بالخجل (العاسمي: 2005، 124).

هذا، وقد قام المؤلف بإدراج هذا البرنامج الذي أعدته أماني محمد الشيخ (2007) للحصول على درجة الدكتوراه في كلية تربية الزقازيق نظراً لأهميته النظرية والتطبيقية، إضافة إلى كونه يعالج مسألة الخجل من وجهة نظر انتقائية، على اعتبار أن مكونات انفعال الخجل متداخلة مع بعضها بعضاً: المعرفية والسلوكية والإدراكية والذاتية والعقلية. كما أن البرنامج برأي المؤلف يتناول الجوانب الرئيسة لبناء البرامج الإرشادي - كما أشرنا إليها في الإطار النظري. وقد استأذن المؤلف الأستاذ الدكتور محمد السيد عبد الرحمن المشرف على الأطروحة لتضمين هذا البرنامج ضمن محتويات هذا الكتاب. لذلك سوف نقوم بعرضه بشكل مختصر.

هدف البرنامج:

يسعى البرنامج الحالي إلى خفض الخجل لدى مجموعة من طلاب وطالبات الجامعة الذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الخجل المستخدم في البرنامج الإرشادي.

مدة البرنامج:

استغرق تطبيق البرنامج خمسة أسابيع بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً، ومدة كل جلسة 45 دقيقة.

عينة البرنامج:

تم تطبيق هذا البرنامج الإرشادي على عينة من طلاب المرحلة الجامعية، على اعتبار هذه العينة أكثر استهدافاً للقلق الاجتماعي والخجل، كما يكمن تطبيقه على طلاب المرحلة الإعدادية والثانوية.

الأسلوب الإرشادي المستخدم:

تم استخدام أسلوب الإرشاد الجماعي، وذلك لتوافر التفاعل بين المسترشدين إضافة إلى إعطاء الفرصة لإقامة علاقات اجتماعية وودية بين المرشد والمسترشدين (الذكور والإناث)، وبالطبع طبق هذا البرنامج على عينة من الطالبات.

محتوى البرنامج:

يحتوى البرنامج على مجموعة من الفنيات العلاجية المنتقاة من النظريات السلوكية والمعرفية. كما يشتمل على (15) جلسة تتناول في مجملها التعارف، وإعادة البناء المعرفي، وإكساب المهارات الاجتماعية، وتنمية السلوك التوكيدي، إضافة إلى جلسات القياس البعدي والتتبعي.

تحكيم البرنامج:

قام المرشد (الباحثة) بعرض البرنامج على مجموعة من المحكمين لاستطلاع آرائهم وملاحظاتهم، وطبقاً لهذه الآراء والملاحظات تم إدخال بعض التعديلات ووضع علامة (*) أمام هذه الملاحظات.

الاستراتيجيات العلاجية:

اعتمد المرشد على المنهج التكاملي في اختيار البرنامج الإرشادي، وتقوم فكرة البرنامج على انتقاء بعض الفنيات العلاجية لكل نظرية من النظريات والتي يصلح استخدامها في البرنامج الحالي في ضوء أهداف الدراسة وكانت على النحو التالي:

أولاً- النظرية المعرفية:

تضمنت الفنيات الآتية (الواجب المنزلي- العلاج بالقراءة)، وتضمنت النظرية الجلسات التالية: الجلسة الثالثة، الرابعة، والخامسة، والسادسة، والرابعة عشرة.

عنوان الجلسة الثالثة: توضيح الفرق بين الخجل وبعض السلوكيات الأخرى التي تتشابه معه.

عنوان الجلسة الرابعة: مناقشة حرة (الإفصاح الذاتي).

عنوان الجلسة الخامسة: مواجهة الخجل على مستوى التخيل.

عنوان الجلسة السادسة: عرض نماذج للخجل.

عنوان الجلسة الرابعة عشرة: إعادة البناء المعرفي.

ثانياً- النظرية السلوكية:

وتضمنت الفنيات الآتية (تنمية السلوك التوكيدي، إكساب المهارات الاجتماعية)، وتضمنت النظرية الجلسات التالية: الجلسة السابعة إلى الجلسة الثالثة عشرة.

عنوان الجلسات من السابعة إلى التاسعة: مواجهة الخجل على مستوى الواقع داخل الجلسة.

- عنوان الجلسة العاشرة: مواجهة الخجل على مستوى الواقع خارج الجلسة في البيئة الاجتماعية مع النساء فقط.

عنوان الجلسة الحادية عشرة: مواجهة الخجل على مستوى الواقع خارج الجلسة في البيئة الطبيعية مع الرجال فقط.

عنوان الجلسة الثانية عشرة: التعرف على بعض مفاهيم السلوكيات المختلفة داخل الجلسة.

عنوان الجلسة الثالثة عشرة: ممارسة التوكيدية والتغلب على السلوك اللاتوكيدي خارج الجلسة.

ثالثاً - النظرية المعرفية السلوكية:

وتضمنت الفنيات الآتية (النمذجة، لعب الدور)، وتضمنت النظرية الجلسات الثالثة، والرابعة، والخامسة، بالإضافة إلى الجلسات من الجلسة السابعة إلى الجلسة التاسعة.

عنوان الجلسة الثالثة: توضيح الفرق بين الخجل وبعض السلوكيات التي تتشابه معه.

عنوان الجلسة الرابعة: مناقشة حرة (الإفصاح الذاتي).

عنوان الجلسة الخامسة: مواجهة الخجل على مستوى التخيل.

عنوان الجلسات من الجلسة السابعة إلى الجلسة التاسعة: مواجهة الخجل على مستوى الواقع داخل الجلسات.

رابعاً- نظرية العلاج المتمركز على العميل:

وتضمنت فنية (تسهيل المشاعر)، وشملت الجلسات: الأولى والرابعة والخامسة، والثانية عشرة. وقد تضمن عناوين هذه الجلسات مايلي:

عنوان الجلسة الأولى: الافتتاح والتعارف.

عنوان الجلسة الرابعة: مناقشة حرة (الإفصاح الذاتي).

عنوان الجلسة الخامسة: مواجهة الخجل على مستوى التخيل.

عنوان الجلسة الثانية عشرة: التعرف على بعض مفاهيم السلوكيات المختلفة داخل الجلسة.

خامساً- نظرية العلاج الغشتالتي:

وتضمنت فنية (الكرسي الخالي)، وتضمنت النظرية محتويات الجلسة الخامسة فقط.

عنوان الجلسة الخامسة: مواجهة الخجل على مستوى التخيل، بالإضافة إلى فنيات عامة أخرى وهي المناقشة والحوار.

محتوى جلسات البرنامج الإرشادي:

الجلسة الأولى:

عنوان الجلسة: الافتتاح والتعارف.

المدة الزمنية: 45 دقيقة.

أهداف الجلسة:

- التعارف المتبادل بين المرشد والمسترشدين أو المسترشدات من حيث (الاسم، والسن، والعنوان، الزملاء الدراسة، الهوايات).

- إقامة علاقة متبادلة تتسم بالألفة بين الطرفين (المرشد والمسترشدين).

- إعطاء المسترشدين فكرة مبسطة عن المشكلة.

- توضيح الهدف من البرنامج.

- توعية المسترشدين بخصوص كيفية التقدم نحو تحقيق الهدف من خلال حضور البرنامج وتنفيذه.

- التأكيد على العلاقات الإرشادية وأهميتها في حل المشكلة.

إعطاء الفرصة لكل مسترشد أن تعرض خبرتها الخاصة مع الخجل (يتم ذلك في وقت قصير حتى تتاح الفرصة للجميع).

- شرح إجراءات البرنامج وخطواته.
- شرح فكرة الواجبات المنزلية وأهميتها.
- التعرف على توقعات المسترشدين بخصوص إمكانية التحسن.
- الاتفاق على الأدوار المطلوبة من المسترشدين سوف تنفذ في الجلسات التالية.

الفنيات المستخدمة:

- المحاضرة، المناقشة والحوار، وتسهيل انطلاق المشاعر، والواجبات المنزلية.

موضوع الجلسة:

- مناقشة عامة مع المسترشدين حول معلوماتهن عن الخجل.
- شرح الفائدة التي تعود على المسترشدين من خلال تطبيق البرنامج.

ما تم في الجلسة:

- التعارف بين المرشدين والمرشد في جو ودي وهادئ وبعيد عن النزعة الذاتية.
- شرح فكرة مبسطة عن المشكلة الخجل عند طلاب الجامعة، وكذلك هدف البرنامج.
- توعية مسترشد أو المسترشدة بأن يحضر الجلسات بانتظام سوف يساعدهم على تحقيق الهدف الرئيسي من البرنامج.
- أتيحت الفرصة لكل مسترشد أن يعرض خبرته الخاصة عن الخجل شفهياً ثم تدونها باختصار.
- عرض المرشد على المسترشدين إجراءات البرنامج المتفق عليها (عدد الجلسات- تاريخ كل جلسة ومكانها).
- أوضح المرشد فكرة الواجبات المنزلية وأهميتها للمسترشدين.
- أجرت المرشد مناقشة حول توقعات المسترشدين بخصوص ما يمكن إحداثه من تغيير في سلوكياتهن عن طريق الجلسات وما يتم فيها من مناقشات.
- تم إعطاء المسترشدين واجب منزلي عن طريق توزيع استمارة جمع بيانات عن الخجل لكل مسترشد والتي تتضمن معلومات عن الخجل بالتفصيل (تعريفه- أسبابه، أعراضه، آثاره النفسية والاجتماعية، محاولات التخلص منه، ذكر حالات أخرى في الأسرة تعاني من الخجل، وذكر أصدقاء أو صديقات يعانين من الخجل، والدافع

للتخلص من الخجل، وتوقعات التحسن في السلوكيات، وطرق التخلص من الخجل أو خفضه، وذكر المواقف التي يشعر فيها بالخجل).

- إنهاء الجلسة بالاتفاق على موعد بدء الجلسة الثانية.

الواجب المنزلي:

توزيع استمارة جمع بيانات عن الخجل على المسترشدين.

الجلسة الثانية:

عنوان الجلسة: مناقشة استمارة جمع بيانات عن الخجل.

المدة الزمنية: 45 دقيقة.

موضوع الجلسة (واجب الجلسة):

تحديد المواقف الخاصة التي يظهر فيها الخجل.

تحديد العوامل المثيرة للخجل الأكثر تشابهاً.

تحديد رأي المرشدين وتوقعاتهم في المستقبل.

مناقشة توقعات العلاج.

الفنيات المستخدمة:

المناقشة والحوار.

الواجبات المنزلية.

ما تم في الجلسة:

- تم طرح اقتراح من قِبل المرشد بخصوص موافقة المسترشدين على مناقشة إجاباتهم عن أسئلة الاستمارة شفهياً.

مناقشة إجابات أسئلة الاستمارة:

- السؤال الأول: ما أهم الأسئلة في الاستمارة التي شعر كل مسترشد فيها أن يعبر عن خجله؟

- وكانت الإجابة بإجماع المرشدين على السؤال رقم (11) والذي ينص على:

ما المواقف الخاصة التي يشعر بها المسترشد بالخجل (مقابلة أشخاص معينة، المناسبات المختلفة، اللقاء مع الجنس الأخر).

- تم الاتفاق لدى جميع المسترشدين على السؤال رقم (4) والذي ينص على: ما الآثار النفسية والاجتماعية للخجل من وجهة نظرك؟

- وكذلك الاتفاق على السؤال رقم (2) والذي ينص على: ما أسباب خجلك؟

السؤال الثاني: هل شعر كل مسترشد أن أسئلة الاستمارة كافية للتعبير عن الجوانب المختلفة للخجل؟

السؤال الثالث: طلب المرشد من كل مسترشد ذكر أهم المواقف الحياتية التي يشعر فيها بخجل شديد.

السؤال الرابع: طلب المرشد من كل مسترشد تسجيل المحاولات التي بذلها للتخلص من الخجل أو خفضه، وكذلك العقبات التي واجهها في حياته.

الواجب المنزلي:

تحديد المواقف الخاصة التي يظهر فيها الخجل مع تحديد أسباب الشعور بالخجل. وهل تقع المسؤولية على العضو؟ وهل هو خجول بالفعل أم أن لديه توقعات بأن الآخرين يرفضونه؟

إنهاء الجلسة:

وبعد ذلك يتم إنهاء الجلسة بتبادل التحية بين المرشد والمسترشدين والاتفاق علي الموعد القادم وكذلك التأكيد على أداء الواجب المنزلي.

الجلسة الثالثة:

عنوان الجلسة: توضيح الفرق بين الخجل وبعض السلوكيات الأخرى التي تتشابه معه.

المدة الزمنية: 45 دقيقة.

أهداف الجلسة:

إضافة معلومات للمسترشدين عن المشكلة.

شرح مفصل عن الخجل من حيث:

أ – التعريف بالخجل.

ب– السلوك الدال عليه (أعراضه).

ج– أسباب الخجل.

د– الفرق بين الخجل والسلوكيات المتشابهة معه (العزلة الاجتماعية، الانسحاب،التجنب).

الفنيات المستخدمة:

المناقشة والحوار.

لعب الدور.

العلاج بالقراءة.

الواجبات المنزلية.

محتوى الجلسة:

يتم مناقشة الواجب المنزلي الخاص بالجلسة الثانية وهو بخصوص تحديد المواقف التي يظهر فيها الخجل مع تحديد أسباب الشعور بالخجل.

مثل: حضور حفلات الزفاف، وعند شراء الملابس والمستلزمات، وعند مواجهة الجنس الآخر، مواجهة مجموعة كبيرة من الناس "داخل المحاضرة")

وبعد ذلك، يتم إضافة معلومات عن مشكلة الخجل، وتوضيح الفرق بين الخجل وبعض السلوكيات المتشابهة معه مثل (العزلة الاجتماعية، الحياء، الانسحاب، التجنب). ثم توزيع ملخص لهذه الفروق على المسترشدين مسجل على ورقة لتثبيت المعلومة في ذهن كل مسترشد بحيث يحتفظ بها كل واحدة منهم.

وطُرح النقاش المتبادل لتوضيح أي غموض في المصطلحات المذكورة، وقد تم استخدام فنيات الجلسة (المناقشة والحوار، العلاج بالقراءة عن طريق توزيع المعلومات على المسترشدين مسجلة في ورقة) أما بالنسبة لتطبيق فنية لعب الدور فتتم وفق الآتي:

- يقترح المرشد علي المسترشدين أن يقوم أحدهم بمحاولة تمثيل موقف من مواقف الخجل مثل: أنها تتخيل نفسه وهو يدخل المحاضرة متأخرة عن موعدها وكيفية التصرف.

الواجب المنزلي:

كتابة ملخص لقصة عن شخص ما نجح في التغلب علي خجله، أو قراءة موضوع عن الخجل في كتب علم النفس مع تحديد العوامل التي تؤدي إلي الخجل والعوامل التي تساعد على التخلص منه.

الجلسة الرابعة:

عنوان الجلسة: مناقشة حرة (الإفصاح الذاتي).

المدة الزمنية: 45 دقيقة.

الهدف من الجلسة:

التعرف على التوقعات الخاصة بالفشل والتقييم السلبي للذات الذي سبب الشعور بالخجل في المواقف المختلفة.

الفنيات المستخدمة:

المناقشة والحوار، وتسهيل المشاعر، والنمذجة، الواجبات المنزلية.

محتوى الجلسة:

مناقشة واجب الجلسة الثالثة،

بعد مناقشة المرشد للواجب المنزلي مع المسترشدين، يطلب المرشد منه التعرف بعضهم على البعض الآخر، وذلك عن طريق استخدام فنية (التعريف بالتدوير).

كما طلب المرشد من المسترشدين عرض توقعاتهم الخاصة بالفشل والتقييم السلبي للذات في المواقف المختلفة سواء كتابة أو شفهياً،

وبعد ذلك يستعرض المرشد الآراء ويختار موقف منها، وتحليله أمام المسترشدين بالطريقة المذكورة. ومثال ذلك:

الموقف: أستاذ طلب من أحد الطلاب أن يشرح إجابة سؤال ما أمام الجميع مستخدماً الميكروفون، هذا الموقف أدى إلى شعوره بالخجل الشديد الذي أعجزه عن الكلام.

تحليل الموقف:

- الموقف أو الخبرةA تم ذكره سابقاً.

- المعتقدات Bشعوره بأن الجميع يراقبونه ويسخرون منه.

- النتائجC عجزها الكامل عن الكلام.

- المناقشة D: إفهام الطالب أن أي طالب في مكانه سوف تشعر بالخجل، وكان لابد من المقاومة ولابد أن يفهم الطالب أنه لا حرج عليه ويحاول أن يتحدث بدون إعطاء أهمية لمن حوله، لأن هذا سوف يكسبه الثقة بالنفس.

- الأثر E إذا تم هذا فسوف يزيد ثقته بنفسه ويتعود على مواجهة الناس بثبات وبدون ارتباك.

الواجب المنزلي:

مراقبة الأفكار في موقف اجتماعي واحد علي الأقل ثم تسجيلها لمناقشتها في الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة:

عنوان الجلسة: مواجهة الخجل علي مستوى التخيل.

المدة الزمنية: 45 دقيقة.

الهدف من الجلسة:

مساعدة المسترشدين على التعبير عن الذات والمشاعر من خلال تخيل بعض المواقف المثيرة للخجل (في مطعم، أو عند شراء سلعة).

الفنيات المستخدمة:

المناقشة والحوار، ولعب الدور، وتسهيل المشاعر، والواجبات المنزلية، والتعلم بالنموذج. الكرسي الخالي.

محتوى الجلسة: مناقشة واجب الجلسة الرابعة، ومثال ذلك:

- أن يطلب الأستاذ في المحاضرة من طالب ما شرح فكرة معينة أمام الجميع، هل تقدر تتكلم أمام الجميع؟ كيف يقف الطالب أما الجميع من دون ارتباك؟ هل ينظر الناس إليّ أثناء الأكل؟ كيف أستمتع بالأكل بدون ارتباك؟، وماذا لو سألت الجارسون (النادل) عن نوعية الطعام الذي تريده؟

محتوى الجلسة:

طلب المرشد من المسترشدين إعطاء معلومات عن أنفسهم مدونة في ورقة (بدون ذكر أسمائهم) ليكتب كل واحد منهم بحرية وبدون حرج، وذلك يخفف بدوره القلق الشخصي لديهم، وتم ذلك وجمع المرشد الأوراق من المسترشدين.

- يقترح المرشد على المسترشدين ممارسة عملية لتسهيل مساعدة بعضهم البعض عن طريق أسئلة وأجوبة يحددها المرشد للمسترشدين مثل: تحديد موقف معين للخجل وهو: تخيل أنك تقف من والدك موقفاً معيناً، وهو أنك تطلب منه زيادة المصروف، ولكنك تشعر بخجل شديد، ويقوم طالب بتوجيه أسئلة لزميله الذي يشعر بالخجل وهي:

س1 لماذا حدث ذلك؟

ج1 لأنه يتعامل بشدة وجفاف مع معي.

س2 كيف عرفت أنه يرفضك؟

ج2 من خبرتي السابقة معه ومن علامات وجهه وطريقة حديثه معي.

س3 لماذا تفترض دائماً أن النتائج سلبية؟

ج3 لسابق معرفتي بطريقة معاملته مع إخوتي وكذلك معي.

وقد يعرض المرشد على المسترشدين نموذج يحكي عن قصة فتاة في السنة الجامعية الأولى وكانت مشكلتها أنها تعاني من التردد والارتباك عندما تذهب إلى محل ملابس وتعجز عن التحدث مع البائع، وطلب ما تريد، وكذلك السؤال عن الأسعار والموديلات المختلفة، فكانت دائماً تنتهي محاولاتها إما بالفشل في الشراء أو تأجيله، وإما بشراء موديل لا يرضي عنه من حولها فيزداد إحساسها بالفشل، ولما تكرر ذلك عدة مرات نصحتها إحدى صديقاتها المخلصات أن تقاوم هذا الشعور وتطلب ما تريد بلا خجل وتسأل عن الأسعار والأنواع وعليها أن تجرب وتحاول لكي لا يسخر أحد من ذوقها، وحاولت واستطاعت أخيراً أن تنفذ النصيحة ونجحت في شراء ما تريد، وأثني الجميع على ذوقها، وهنا شعرت بأنها نجحت في التغلب على الخجل الذي كان يلازمها.

وقد يتم تنفيذ فنية الكرسي الخالي من خلال طرح المرشد لفكرة أن تقوم أحد المسترشدين بالجلوس على كرسي وأمامه كرسي خالي ويتخيل أن أستاذه يجلس عليه، وعلى المسترشد أن يدير معه حواراً بتوجيه أسئلة ثم ينتقل بعد ذلك بتوجيه الأسئلة إلى الكرسي الآخر ويتخيل أنه الأستاذ ويجيب على الأسئلة التي طُرحت سابقاً.

مثال ذلك:

أسئلة الطالب للأستاذ:

- لماذا تعاملني بخشونة؟
- هناك أشياء أريد أن أسألك عنها ولكني أخاف أن تعنفني أمام الزملاء.
- لماذا لا تعاملني مثل أولادك؟
- (ردود الأستاذ) عندما يتخيل نفسه أنه هو الأستاذ ويجلس على الكرسي المقابل (مكانه) ليجيب على الأسئلة:
- لابد من وجود حاجز بين الأستاذ وطلابه.
- اسألي وأنا أجيب.
- أنا أعامل أولادي هكذا.

الواجب المنزلي:

تتخيل أنفسنا أننا ندخل حجرة بها ناس ويتم إجراء حديث مع شخص له أهمية بالنسبة لنا ونسأله عن رأيه في المنزل أو العمل أو أي حدث ما، مع تسجيل المشاعر السلبية التي كانت قبل الدخول والمشاعر الإيجابية بعد الدخول.

أداء الأدوار نفسها في المنزل وكتابة تقرير عن الحالة النفسية قبل وبعد تنفيذ الأدوار.

الجلسة السادسة:

عنوان الجلسة: عرض نماذج للخجل.

المدة الزمنية: 45 دقيقة.

الهدف من الجلسة:

توضيح المشكلة التي يعاني منها الطالب من خلال أشخاص آخرين وهو نوع غير مباشر للمواجهة.

الفنيات المستخدمة:

العلاج بالقراءة، والمناقشة والحوار.

محتوى الجلسة:

تم جمع واجب الجلسة الخامسة من المسترشدين وكان موضوعه أن تتخيل كل مسترشد نفسه وكأنه يدخل حجرة بها شخص ذو أهمية وحوله بعض الأشخاص، ويحاول إجراء حوار معه مع تسجيل مشاعره قبل وبعد الحوار، ويستعرض المرشد فيما يلي أهم ما جاء بالواجب:

ذكر أحد المسترشدين أنه عندما تخيل نفسه في الموقف رفض الدخول نهائياً وألغ الفكرة. أما معظم المسترشدين تخيلوا أنهم دخلوا على أستاذ بالكلية في مكتبه وحوله مجموعة من الأشخاص، وسجلوا مشاعرهم قبل الدخول، ودار معظمها حول الارتباك، والتردد والخوف من سوء المقابلة، وعدم القدرة على توجيه الأسئلة، وكذلك أجمع أن المشاعر قد تغيرت بعد الموقف وهي الشعور بالارتياح والثقة بالنفس، السعادة، ارتفاع الروح المعنوية، الشعور بالراحة للحصول على بعض الحقوق. كما تخيل أحدهم أنه دخل مكتب أستاذه بالكلية، ولكنه انتظر حتى يخرج جميع من حوله ثم سأله عما يريد، وكان شعوره قبل الموقف هو القلق من بدء الحديث، أما شعوره بعد المقابلة هو الارتياح لإحساسه بتغلبه على الخجل.

وتم توزيع نماذج من قبل المرشد على المسترشدين لأشخاص آخرين يعانون من مشكلة الخجل حتى يطّلع عليها، ليعرف كل واحد منهم أنهم ليس وحدهم الذين يعانون من الخجل، وهذا نوع غير مباشر للمواجهة من خلال هذه النماذج.

الواجب المنزلي:

كتابة قصة قصيرة عن شخصية خجولة مع تقييمها، وهل حاولت الحالة التخلص من الخجل؟

الجلسة السابعة:

عنوان الجلسة: مواجهة الخجل على مستوى الواقع "داخل الجلسة".

المدة الزمنية: 45 دقيقة

الهدف من الجلسة:

إثارة خجل ومشاعر المسترشد من خلال مواجهة موقف واقعي للخجل "داخل الجلسة".

الفنيات المستخدمة:

لعب الدور، والنمذجة، وتسهيل المشاعر، والمناقشة والحوار.

محتوى الجلسة:

تم تجميع واجب الجلسة السادسة وهو (كتابة قصة قصيرة عن شخصية خجولة مع تقييمها، وهل حاولت الحالة التخلص من الخجل). دارت بعض القصص حول مسترشدين كانوا يعانون من الخجل حتى مع أقرب الأقارب مما

جعلهم مثار سخرية الكثيرين، وعندما تم نصحهم بالمحاولة حاول بعضهم القيام بعدة محاولات للتخلص من الخجل، ولكنها فشلت، وشعورا بالفشل والضيق نتيجة ذلك.

التقييم: شخصية ضعيفة.

كما دارت مجموعة كبيرة من القصص حول المسترشد الذي يخجل من شراء لوازمه الخاصة من ملابس وأدوات وخصوصيات، فكان يطلب من زملائه أو أخواته شراء ما يلزمه، ولكن عندما حاول مساعدته بالتدريج والوقوف معه أثناء الشراء نجح لأنه شخصية معتدلة.

التقييم: شخصية معتدلة.

محتوى الجلسة:

اقترح المرشد القيام بممارسة موقف فعلي يواجه فيه أحد المسترشدين مجموعة من الأشخاص. ثم اقترح المرشد بعد ذلك أن يتم حوار بين شخصين لمدة دقيقتين للممارسة الفعلية للحوار. فقد سأل أحد المسترشدين زميله عن أهم البرامج التليفزيونية التي يفضلها ولماذا يفضلها؟

وبعد ذلك، دار حوار بين المرشد والمسترشدين حول أهم المعتقدات والانطباعات المنطقية وغير المنطقية أثناء المحادثة، وكانت أهم الملاحظات التي لاحظتها المرشد أن معظم المسترشدين كانوا أكثر سعادة، لأن هذا الموقف جديد وتم من خلاله التعبير عن مشاعر داخلية دفينة تدور بخواطرهم ولم يحدث ظهورها من قبل (المعتقدات الإيجابية). في حين أن عدد قليل منهم لم يشعروا بهذه الراحة النفسية مثل باقي الزملاء (المعتقدات السلبية).

الواجب المنزلي:

اختيار شخصين أحد هما شخص غريب أو معرفتنا به عادية، والآخر شخص صديق لنا والقيام بإجراء حوار مع كل منهما، والمطلوب تسجيل انطباعات المسترشد في الحالتين لكي تناقشها في الجلسة التالية.

الجلسة الثامنة:

عنوان الجلسة: مواجهة الخجل على مستوى الواقع "داخل الجلسة"

المدة الزمنية: 45 دقيقة

الهدف من الجلسة:

مواجهة خجل ومشاعر المسترشد من خلال مواجهة موقف واقعي المخجل، وتوسيع المشاركة بين الأعضاء، والتركيز على توقعات الأعضاء المنطقية وغير المنطقية عند التفاعل مع الآخرين.

الفنيات المستخدمة:

المناقشة والحوار، ولعب الدور، والنمذجة، والتدريب على التوكيدية.

محتوى الجلسة:

تم مناقشة واجب الجلسة السابعة، ثم فتح مناقشة ما كتبه المسترشدين في الواجب: بالنسبة للمسترشد الذي أجري حوارين، تم الثناء عليه لتحفيز باقي المسترشدين وأُعجب باقي المسترشدين بما كتبه.

أما المسترشدين الذين لم يستطعوا إجراء حوار فقد تم تشجيعهم، وأوضح المرشد لهم أن هذا شئ عادي، ويمكن التغلب عليه بالممارسة.

كما تم التركيز في هذه الجلسة على توقعات الأعضاء المنطقية وغير المنطقية عند التفاعل مع الآخرين، وقد اقترح المرشد القيام بممارسة موقف فعلي يواجه فيه أحد المسترشدين مجموعة منهم، وتوجه إليهم بعض الأسئلة للتعود على مواجهة الآخرين.

الواجب المنزلي:

اختيار شخصين أحدهما شخص غريب أو معرفتنا به عادية والآخر شخص صديق لنا وإجراء حوار مع كل منهما، والمطلوب تسجيل المسترشد لانطباعاتها في الحالتين لكي تناقشها في الجلسة القادمة.

الجلسة التاسعة:

عنوان الجلسة: مواجهة الخجل على مستوى الواقع "داخل الجلسة"

المدة الزمنية: 45 دقيقة

الهدف من الجلسة:

مواجهة خجل ومشاعر المسترشد من خلال مواجهة موقف واقعي للخجل، بهدف توسيع المشاركة بين الأعضاء وتأكيد الممارسة.

يركز المرشد في هذه الجلسة على عرض نموذج لموقف اجتماعي بغرض تحسين مهارات الأعضاء، ويتم التخطيط لموقف اجتماعي يتم ممارسته خارج الجلسة على نفس نمط التخطيط الذي تم ذكره في الجلسة الثامنة.

الفنيات المستخدمة:

المناقشة والحوار، ولعب الدور.

محتوى الجلسة:

تم جمع واجب الجلسة الثامنة وتستعرض المرشد ما جاء به فيما يلي:

- بالنسبة للحوارات مع الأغراب: أحد المسترشدين أجرى حواراً مع سائق سيارة أجرة وسأله عن ملكيته للسيارة، مكسبه، والمشاكل التي تقابله. وكان انطباعه أنه شعر قبلها بخوف من عدم تجاوبه، وبعدها شعر بالراحة لإحساسه بالقدرة على التغلب علي صفة الخجل.

- بالنسبة للحوارات مع الأقارب: أحد المسترشدين أجرى حواراً مع والده وسأله عن بعض النصائح في اختيار الأصدقاء، كما سأله عن أنسب طريقة للمذاكرة من وجهة نظره، ثم سأله عن حبه لعمله، ولماذا اختاره.

محتوى الجلسة:

تم إجراء موقف مواجهة واقعي للخجل، حيث قام أحد المسترشدين بتوجيه بعض الأسئلة لمجموعة من المسترشدين وسألتهم عدة أسئلة منها:

أي الأزياء تفضلها؟ وما هي أحب الألوان إليك؟

وبعد ذلك، عرض المرشد نموذج عن الخجل عن طالب ظروفه المادية الصعبة، ويفكر في الحصول على بعض الكتب المقررة عليه مجاناً، فتوجه إلى وكيل الكلية لشؤون الطلاب ليسأله عن إمكانية الحصول على كتب مجانية. وبعد ذلك التخطيط لموقف اجتماعي يمارسه كل المسترشد خارج الجلسة وذلك عن طريق عدة خطوات هي:

- يجب معرفة ماذا يريد فعله.

- إذا لم يكن الشخص يعرفك حاول أن تُعرف نفسك له بوضوح.

الواجب المنزلي:

اختيار شخصين أحدهما شخص غريب وآخر معرفتنا به عادية، والآخر شخص صديق لنا، وإجراء حوار مع كل منهما، والمطلوب تسجيل المسترشد لانطباعاته في الحالتين لكي يناقشها في الجلسة التالية.

الجلسة العاشرة:

عنوان الجلسة: مواجهة الخجل على مستوى الواقع خارج الجلسة في البيئة الطبيعية مع السيدات فقط.

المدة الزمنية: 45 دقيقة.

الهدف من الجلسة:

إثارة خجل ومشاعر المسترشد عن طريق إجراء مواجهة خارج مكان الجلسة (المواجهة تكون مع السيدات فقط).

الفنيات المستخدمة:

المناقشة والحوار، ولعب الدور.

محتوى الجلسة:

تم جمع واجب الجلسة التاسعة واستعرض المرشد ما جاء به:

- بالنسبة للحوارات مع الأغراب: أجرى أحد المسترشدين حواراً مع صيدلي وسأله عن علاج معين للبشرة، وعن سعره، وعن طريقة استعماله.

- أما بخصوص الحوارات التي أجريت مع الأقارب: أجرت إحدى المسترشدين حواراً مع خالتها التي تعمل محامية وسألتها عن طبيعة القضايا التي تتعامل معها، العقبات التي تقابلها في هذه المهنة، هل هي مربحة مادياً، ما هو شعورها أثناء ممارسة عملها.

كما تم تعريض المسترشد لموقف اجتماعي فعلي خارج الجلسة من خلال لقاء مع مسؤولة اجتماعية.

الواجب المنزلي:

محاولة إجراء مقابلة مع شخصية نسائية مسئولة لها صلة بحياة المسترشد.

الجلسة الحادية عشرة:

عنوان الجلسة: مواجهة الخجل علي مستوى الواقع خارج الجلسة في البيئة الطبيعية مع الرجال فقط.

المدة الزمنية: 45 دقيقة

الهدف من الجلسة:

مواجهة خجل ومشاعر المسترشد عن طريق إجراء مواجهة خارج مكان الجلسة (المواجهة تكون مع الرجال فقط).

الفنيات المستخدمة:

المناقشة والحوار، ولعب الدور.

محتوى الجلسة:

في بداية الجلسة تم استعراض الواجب المنزلي لكل مسترشد على حدة، حيث دارت مناقشة حول ما كتب في الواجب.

موضوع الجلسة:

محتوى الجلسة: تعريض المسترشد لموقف اجتماعي فعلي خارج الجلسة من خلال لقاء مع أحد الأشخاص ذوي الأهمية الاجتماعية.

الواجب المنزلي:

محاولة إجراء مقابلة مع أحد أساتذة الكلية.

الجلسة الثانية عشرة:

عنوان الجلسة: التعرف على بعض مفاهيم السلوكيات المختلفة داخل الجلسة.

المدة الزمنية: 45 دقيقة.

الهدف من الجلسة:

توضيح المفاهيم الخاطئة عند معظم الناس حول التوكيدية- اللا توكيدية- العدوانية.

القنيات المستخدمة:

تسهيل التعبير عن المشاعر، والمناقشة والحوار.

محتوى الجلسة:

مناقشة واجب الجلسة الحادية. ثم التركيز علي الفروق بين التوكيدية، اللاتوكيدية العدوانية مع إعطاء أمثلة تفصيلية عن كل نوع من أنواع السلوك وشرح نظري مفصل لكل سلوك علي حدة.

كما تم توزيع ورق على المسترشدين، وطلب منهم شرح لمفاهيم التوكيدية، اللا توكيدية، العدوانية، والاستعانة بأمثلة توضيحية لكل نوع من أنواع السلوك وشرحه بطريقة مفصلة حتى يتم التفريق بين كل سلوك والآخر.

الواجب المنزلي:

ملاحظة المسترشد لسلوك الآخرين خارج الجلسة (توكيدى، لا توكيدى، عدواني).

تسجيل ما شاهده المسترشد من ملاحظات على نفسه وعلى الآخرين، وأن يكون المسترشد على وعي بحقوقه في المواقف المختلفة وأن يحاول تعديل سلوكه اللا توكيدي إلى توكيدي.

الجلسة الثالثة عشرة:

عنوان الجلسة: ممارسة التوكيدية والتغلب على السلوك اللا توكيدي خارج الجلسة في مكان عام (نادي اجتماعي- كافيتريا في أي كلية- مطعم).

المدة الزمنية: 45 دقيقة.

الهدف من الجلسة:

ممارسة السلوك التوكيدي مع آخرين من أفراد المجتمع خارج الجلسة.

الفنيات المستخدمة:

المناقشة والحوار، والتدريب علي التوكيدية.

محتوى الجلسة: استعراض الواجب المنزلي ومناقشة المسترشدين بذلك.

محتوى الجلسة: تحسين مهارات المسترشد وتطويرها عن طريق التعامل الفعلي مع الآخرين خارج الجلسة. إذ اقترح المرشد على المسترشدين التوجه إلى كافتيريا الكلية، ورحب معظم المسترشدين بالفكرة. وطلب المرشد من كل واحدة اختيار نوع المشروب المفضل لديه، وتناول الجميع المشروبات في ارتياح.

الواجب المنزلي:

إخبار على كل المسترشد أن يحاول تنفيذ موقف اجتماعي يومياً، وأن يحلل المسترشد هذا الموقف للوصول إلى نتائج تعبر عن مدى ما توصل إليه من نتائج إيجابية.

الجلسة الرابعة عشرة:

عنوان الجلسة: إعادة البناء المعرفي.

المدة الزمنية: 45 دقيقة.

الهدف من الجلسة:

إعادة مناقشة البناء المعرفي المرتبط بالخجل في ضوء نظرية A B C D E.

الفنيات المستخدمة:

المناقشة والحوار، والنمذجة.

محتوى الجلسة:

استعراض ومناقشة واجب الجلسة الثالثة عشرة.

فقد ذكرت أحد المسترشدات موقف لقاء مع طبيبة وسألتها عن سبب اختيارها لهذه المهنة، وأهم العقبات التي تقابلها، وكذلك أهم مميزات هذه المهنة، وسجلت تحليلها للموقف أنها شعرت بتحسن في تعلم الحوار.

تحليل الموقف:

الموقف A: اختيار المسترشدة لمقابلة طبيبة وبدء اللقاء معها.

المعتقداتB: ترددها وخوفها من أن ترفض هذه الشخصية (الطبيبة) الحوار.

النتائج C: القدرة علي إتمام الحوار.

المناقشة D: إفهام المسترشد أنه لا داعي للتردد.

الأثر E: شعور المسترشد بالتحسن والثقة.

وقد تم توضيح النقاط السابقة عن طريق فتح باب النقاش مع المجموعة تحت إشراف وتوجيه المرشد. وبعد ذلك أعطى المرشد بعض الأمثلة لحياة بعض المسترشدين من مشاهدته لبعض المواقف في الحياة اليومية، ودار الحوار حول بعض الشخصيات التي كانت تتردد وتخجل في المواقف الاجتماعية العامة (الحفلات،المحاضرات، المحلات) واستطاعوا التغلب علي التردد والخجل، وكانت النتيجة مواجهة هذه المواقف الاجتماعية بثقة واعتداد بالنفس.

محتوى الجلسة:

قام المرشد بطرح بعض الأسئلة بهدف التركيز على المهارات الاجتماعية والسلوك التوكيدى ومن هذه الأسئلة:

الآن بإمكانك التعامل مع الآخرين (الجنس الآخر) هل الأفكار اللاعقلانية التي كنت تتبناها في بداية تنفيذ البرنامج هي نفسها الآن؟

وقد طلب المرشد منهم الإجابة مكتوبة وتم جمعها في الجلسة واستعرض المرشد ما جاء فيها من إجابات، وأجمع معظم المسترشدين على أن الأفكار اللاعقلانية التي كانوا يشعرون بها في بداية البرنامج قلت إلى حد كبير، وكذلك بخصوص تكرار الأفكار السلبية أجمع معظمهم على أنها تتكرر ولكن بصورة أقل كثيراً عما قبل، في حين أن هناك أعضاء آخرين من أعضاء الفريق الإرشادي قرروا أن الأفكار اللاعقلانية ما زالت موجودة لديهم، وكذلك تكرار الأفكار السلبية التي مازالت موجودة.

الجلسة الخامسة عشرة:

عنوان الجلسة: إنهاء البرنامج.

المدة الزمنية: 45 دقيقة.

تقييم البرنامج:

وهذا تبيان لما تم عرضه من نقاط:

1- ما تم تحقيقه خلال الجلسات:

- التعارف: توضيح فكرة المشكلة، وكذلك الهدف من البرنامج بوجه عام- شرح إجراءات البرنامج- إعطاء معلومات عن الخجل وعن السلوكيات الأخرى التي تتشابه معه- إعطاء الفرصة للمسترشدين للتعبير عن الذات والمشاعر من خلال تعريضهم لمواقف مختلفة (داخل الجلسة)، تعريض المرشدين لمواقف خارج الجلسة مع شخصيات أخرى (نساء- رجال) - توضيح المفاهيم الخاطئة لبعض السلوكيات الشائعة (توكيدية- لا توكيدية- عدوانية) - ممارسة السلوك التوكيدى من خلال مواجهات مع أفراد المجتمع في الأماكن العامة.

2- ما لم يتم تحقيقه خلال الجلسات:

- لم يتمكن المرشدين من قراءة كتب في علم النفس وتحديد موضوع عن الخجل من خلالها.

- بالنسبة لفنية الكرسي الخالي: رغم شرح الفكرة من قِبل المرشد قام البعض بتنفيذها بطريقة جيدة، وهناك من يمنعه خجله الشديد من القيام بها وتنفيذها.

- بالنسبة لبعض الواجبات المنزلية الخاصة بعمل حوارين أحد هما مع شخص غريب والآخر مع شخص قريب فبعض المرشدين لم يتمكنٍ من إجراء هذه الحوارات.

- بعض لمرشدين فشلوا في التغلب علي اللاتوكيدية بعد المحاولة.

أ- لماذا لم يتم تحقيقه خلال الجلسات؟

- بالنسبة للمسترشدين الذين لم يتمكنوا من كتابة أو قراءة موضوع عن الخجل في أي كتاب من كتب علم النفس، فهذا يرجع إلى قلة معلوماتهم وثقافتهم، أو إلى عدم وجود فرصة للقراءة.

- بالنسبة لعدم قدرة بعض المسترشدين علي تنفيذ فنية الكرسي الخالي فهذا يرجع إلي أن هذا الموضوع جديد عليهم- حيث تمكن الخجل منهم، وخوف من سخرية الآخرين، وعدم القدرة علي التمثيل.

- بالنسبة لعدم القدرة على إجراء حوارات مع الأخرين فهذا يرجع إلى قلة الخبرة بالمجتمع.

- أما عن عدم قدرة البعض على التخلص من اللاتوكيدية فهذا يرجع إلى الخوف الزائد من الفشل.

ب - كيف يمكن تحقيقه؟

- النصح بتكرار المحاولة.

- تشجيع الشعور بالثقة.

- الاستعانة بالآخرين في بداية الأمر.

- إجراء محاولات لزيارة المكتبة.

- سؤال الأكبر منهم عن أسماء أهم الكتب.

- محاولة تمثيل الدور لوحده في المنزل حتى يثق بنفسه.

- إشعاره بأنه ليس هو الوحيد الذي يعاني من هذه المشكلة.

3- يستعرض المرشد مشاعر وآراء المسترشدين بخصوص البرنامج فيما يلي:

هناك مجموعة قررت أنهم شعروا بالراحة بسبب الإحساس بالجرأة عما قبل، وكذلك الاستفادة من التعود علي إجراء حوار مع الآخرين، وهناك مجموعة أخرى قررت الشعور بالمتعة أثناء الجلسات، وذلك لممارسة أنواع من الحوار لم يمارسه من قبل.

4- هل حدث تقدم للعضو بعد تنفيذ البرنامج؟

أجمع معظم المسترشدين على حدوث تقدم نسبي، وبعضهم قرر أن التقدم حدث في صورة أنه أصبح أكثر جرأة وتخلص نسبياً من الخجل، وقرر بعضهم أن التقدم جاء في صورة فهم أشياء لم تكن مفهومة لديهن من قبل، كما تم دراسة موضوعات بتعمق أكثر، كما قررت مجموعة أخرى في المجموعة أن الشعور بالتقدم كان في زيادة القدرة علي الاعتماد على النفس.

5- مقترحات كل عضو بخصوص تطوير نفسه بعد البرنامج:

اقترح أحد المسترشدين التوسع في إقامة علاقات اجتماعية وذلك عن طريق مشاركة أوسع في أنشطة الكلية المختلفة (ندوات، حفلات، رحلات)، كما اقترحت مجموعة محاولة تعويد النفس على المواقف الاجتماعية، ومحاولة الاختلاط بالآخرين من خلال حضور الحفلات العامة، واقترحت مجموعة أخرى زيادة التدريب من خلال حضور برامج ودورات أكثر للتخلص من الخجل.

من كل هذا، يبدو أن هذا البرنامج قدم محاولة جادة في التصدي لظاهرة الخجل عند بعض المسترشدين، وذلك باستخدام فنيات إرشادية مقتبسة من أهم المدارس الإرشادية، على اعتبار أن مواجهة الخجل لا بد أن تواجه ضمن سياق شمولي من حيث الأعراض والدلائل التي تعبر عنه.

الفصل الثالث

برنامج إرشادي

لتخفيف حدة اضطراب الاكتئاب التفاعلي

مقدمة:

من الأشياء التي تجعل هذا الموضوع على قدر كبير من الحيوية والأهمية أن "ولسين" (Wulisin ،1966) يذكر أن خطر الاكتئاب في درجاته المرضية لا يقل عن خطر الأمراض الجسمية الشديدة كأمراض القلب، ويؤكد قوله هذا بذكر دراسة مسحية على (1142) من المرضى المترددين على العيادات النفسية بينت أن مخاطر الاكتئاب سواء بلغ المستوى المرضي أو بقي في مستوى الاضطراب الانفعالي العصابي تتساوى أو تفوق الأمراض الجسمية المعروفة بما فيها أمراض القلب، وأمراض السكري، وأمراض الجهاز العصبي أو الهضمي. وهناك دراسات أخرى تؤكد هذه الحقيقة حول انتشار اضطراب الاكتئاب التفاعلي بنسبة تفوق الاضطرابات النفسية الأخرى. فقد وجد العاسمي في دراسته (1996) لحجم الاضطرابات النفسية للمرضى المترددين على العيادة النفسية البالغ عددهم (225) مريضاً أن نسبة الاكتئاب من بين الاضطرابات الأخرى بلغ (25٪) بينها اضطرابات تفاعلية والاضطراب الوجداني الثنائي القطب.

كما وجد أحمد عكاشة (1994) أن نسبة كبيرة من المترددين على العيادات الخاصة بالطب النفسي يعانون من الاضطرابات الوجدانية، والاكتئاب التفاعلي والاكتئاب الذهاني، واكتئاب سن اليأس، حيث بلغ الاكتئاب التفاعلي نسبة قدرها (19.7٪)، و(8.6٪) للاكتئاب الذهاني، و(5.2٪) لاكتئاب سن اليأس.

ويعرف الاكتئاب بأنه حالة انفعالية من القنوط واليأس وانقطاع الأمل والجزع، يصاحبها اتجاهات انفعالية سلبية، وتغيرات في محيط الدافعية. ويعرف "نيميا" (Nemiah، 1978) الاكتئاب عبارة عن شعور وجداني يحسه الفرد أو اضطراب طبي نفسي مع قابلية للتصنيف في فئات متعددة، وهو لا يشكل مرضاً واحداً؛ فالمرضى الذين يعانون من الاكتئاب طبقاً لإحدى وجهات النظر الإكلينيكية يقسمون إلى ثلاث فئات مرضية هي: الاكتئاب العصابي، والهوس الاكتئابي، والاكتئاب الحاد (شربتجي، 1987: 20).

ومن ذلك، يبدو أن الاكتئاب يتحدد من خلال الأعراض التي تظهر على المصاب على النحو الآتي: تغير مميز في المزاج، وشعور سلبي نحو الذات، ورغبات انسحابية وانعزالية، وتغير في مستوى النشاط والدافعية.

ويفرق الباحثون في الغالب بين الحزن والاكتئاب؛ فالاكتئاب أكثر حدة وأكثر استمرارية من الحزن، حيث يشعر المكتئبون بأنه لا حول لهم ولا قوة، وأنهم مهملون، وأن قدراتهم على العمل والنشاط معاقة فيهملون مسؤولياتهم ويشعرون بعدم التحكم في أنفسهم أو توجيه حياتهم (دافيدوف،1976 : 673).

لذلك، فإن معظم حالات الحزن قصيرة الأمد، إذ يميل الشعور بالحزن إلى التلاشي بصورة تلقائية، وعندما يضعف تأثير خبرات الفقدان مع الزمن ويكتشف المريض من جديد قدراته على السيطرة على الأحداث في حياته.

وهناك شكل أقل خطورة من أشكال الاكتئاب يسمى بالاكتئاب التفاعلي والذي يظهر نتيجة لعوامل اجتماعية وأسرية واقتصادية وصراعات حضارية. ويعرف بأنه حالة مؤقتة تحدث نتيجة لتعرض الفرد لبعض الأحداث التي قد لا يتذكر لها موعداً محدداً، وهذه الأحداث تترك أثراً يسبب نوعاً متكرراً من الألم.

أما هاريمانHarriman،1976 فيصف الاكتئاب التفاعلي لدى الأفراد Interpretation Depression على أنه حالة من التجنب والانكماش المتزايد تحدث كمحاولة من جانب الفرد لخفض قلقه الشديد، ويصاحب هذه الحالة انخفاض في قيمة الذات والذي يظهر بوضوح في صورة الاكتئاب العصابي التفاعلي (Harriman، 1976، 112).

ويشير دومينون Dominion، 1976إلى أن الاكتئاب التفاعلي يحدث كنتاج الفرد مع مثير ما يستثير لديه الاستجابة الاكتئابية.

وفي أحوال كثيرة يتولد كرد فعل لفقدان الفرد لأشخاص مهمين بالنسبة له، ويحدث هذا الفقدان بسبب موت هؤلاء الأشخاص أو رحيلهم، أو فقدان بعض الأشياء المادية كالمال أو بعض الممتلكات الثمينة، أو فقدان المكانة الاجتماعية أو التقدم الأكاديمي الذي كان الفرد قد حققه في السابق.

وفيما يتصل بالأعراض المميزة للاكتئاب التفاعلي فيمكن إنجازها بما يلي:

1 ـ **الحالة المزاجية:** حيث يتصف المزاج بإحساس الفرد بالبؤس والتعاسة والشقاء والكآبة، وفقدان الفرد الإحساس بالسعادة. وهذه الحالة المزاجية تكون في الغالب غير مستقرة ومتقلبة في كثير من الأحيان حتى في نفس اليوم.

2 ـ **التأخر النفس حركي والقلق:** حيث يحدث خلل في تركيز الانتباه، وعدم القدرة على تبادل الآراء مع الآخرين والاندماج الاجتماعي معهم، وقلة المثابرة. كما أن الصفة المميزة للاكتئاب التفاعلي

هي القلق الذي يعاني منه المكتئب عندما يكون واعياً ومدركاً للموضوعات المحيطة به في البيئة أو نحو موضوعات مستقبلية.

3 ـ **النقص في تقدير الذات**: إذ أن المكتئبين يشعرون دائماً بأنهم أقل من غيرهم عند أدائهم لأي نشاط أو سلوك. وهذا التصور للمكتئب إنما يعكس عملية النقد الذاتي واتهام الذات بصفات سلبية. كما يظهر نقص تقدير الذات في صورة سمات كثيرة كنقص الثقة بالنفس، والإحساس الزائد بالذنب، والخوف من الإضرار بالآخرين وجلب المتاعب لهم، واستمرار التوتر أو العصبية جنباً إلى جنب مع الأعراض الاكتئابية.

4 ـ بالإضافة إلى ذلك تظهر أعراضاً لدى الفرد مثل انخفاض الطاقة، وفقدان الشهية للطعام، وانخفاض الدافع الجنسي، وتكرار اضطرابات النوم... إلخ.

وقد حدد" يونج " Young، 1990 من خلال الملاحظة الإكلينيكية مجموعة من المخططات الفرعية، أطلق عليها "مخططات سوء التوافق المبكرة" (Early Maladaptive Schemas) وتشير إلى سياقات متطرفة الاتساق والاستمرارية، تتطور خلال مرحلة الطفولة، وأهمها مايلي:

أ ـ **عدم الاستقرار وانقطاع الصلات، وتتضمن**: الهجر وعدم الاستقرار، وعدم الثقة والاستغلال، والحرمان العاطفي.

ب ـ **الاستقلالية المعطوبة (Impaired Autonomy)**: وتتضمن انعدام الكفاءة، والاستهداف للأذى والمرض، والذات غير المتطورة.

ج ـ افتقاد المرغوبية**Undesirability**، والشعور بالنقص، والاغتراب، والفشل في التحصيل الأكاديمي.

ـ قصور التعبير الذاتي **Restricted Self-Expression**: ويتضمن الخضوع و كبت الانفعالات وقمعها.

ـ غياب المشاعر السارة**Restricted Gratification**، وتشمل: التضحية بالذات وعدم توازن المعايير، والسلبية.

ـ التمركز حول الذات وقصور في التحكم الذاتي Restricted Self Control.

وللحديث عن الاكتئاب لا بد لنا من وضع تفسير له بناءً على النظريات النفسية التي تناولت الاكتئاب من حيث المفهوم والتطور والأسباب والتشخيص، وذلك بهدف وضع البرامج العلاجية اللازمة. ومن المعروف أن للاكتئاب ثلاثة مصادر مثله مثل بقية الاضطرابات النفسية هي:

ـ **العوامل البيولوجية**: وتشمل كل ما يتعلق بالاستعدادات العضوية مثل الوراثة، والجوانب المتعلقة ببناء الجهاز العصبي ووظائفه، والتغيرات الكيميائية الحيوية وما يرتبط بها من عناصر التحكم في وظائف المخ والبدن كالعقاقير، وعدم التوازن الهرموني.

ـ والمصدر الثاني فيتعلق بالتعلم الاجتماعي: وما يؤدي إليه من اكتساب أنماط شخصية خاصة بفضل التعلم وأنماط الشخصية تكتسب الاستعدادات العضوية مذاقها المرضي أو الصحي. لهذا نجد تياراً رئيسياً من البحوث يوجه انتباهه إلى دور هذه العوامل، وما تشمل عليه من عوامل فرعية أخرى كالأساليب الوالدية في التعامل مع الأطفال، والأوضاع الأسرية المضطربة.

ـ أما المصدر الثالث فيتعلق بالضغوط أو الأزمات البيئية: أي العوامل الاجتماعية التي يترتب عليها الإحساس بالمعاناة، أو اكتساب اليأس، والكوارث والأمراض المستعصية والطلاق والهجرة والتي تعتبر ذات أهمية بالغة في زيادة الاكتئاب.

من هذا نجد، أن الاضطراب النفسي عامة يشمل مجموعة جوانب من الشخصية لا جانب واحد فقط، إذا أردنا أن نفهم طبيعة الاضطراب، سواء أكان قلقاً أو خوفاً أو اكتئاباً.. الخ ومعرفة العوامل التي تساهم في نشوء هذا الاضطراب.

وبصورة عامة هناك مجموعة من العناصر التي يجب أن نتعرف عليها في اضطراب الاكتئاب هي:

1 ـ **السلوك الظاهر**: الأفعال الخارجية والأعراض الظاهرة، كالعزلة الاجتماعية، والتوحد مع الذات، والوضعية الثابتة في الجلوس أو في الحركة.

2 ـ **الانفعال**: التغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للاكتئاب.

3 ـ **التفكير**: طرق التفكير والقيم والاتجاهات، وأساليب الشخص في حل المشكلات.

4ـ **التفاعل الاجتماعي**: علاقته بالآخرين وأساليبه في معالجة التوترات، ومهاراته الاجتماعية.

ويشير إيزنك Eysenck،1965 إلى الاكتئاب التفاعلي على أنه اضطراب عصابي يحدث نتيجة لتوفر شرطين أساسيين هما: درجة مرتفعة من العصابية (أو الاستعداد الوراثي لها). ودرجة معينة من الضغوط العصبية والمؤثرات الخارجية التي يتلقاها الفرد. ويفترض إيزنك في نظريته هذه أن مركز الشخص على بعد الانبساط/الانطواء هو الذي يحدد نوع الاضطراب العصابي الذي يمكن أن يصاب به مشيراً إلى أن العصابي الانطوائي من المحتمل أن يصاب بحالات: القلق، والاكتئاب التفاعلي، والوساوس القهرية، والمخاوف.. الخ.

وفي ضوء تلك النظرية ينشأ الاكتئاب التفاعلي على مراحل ثلاثة هي:

1ـ **المرحلة الأولى**: حادثة صدمية واحدة أو سلسلة كبيرة من الحوادث شبه الصدمية يتعرض لها الفرد فيحدث رد فعل ذاتي (متعلق بالجهاز العصبي المستقل) غير شرطي، ولكنه قوي وينبع أساساً من هذا الجهاز المستقل، وردود الفعل الانفعالية هذه القوية يمكن أن تصيب السلوك بالاضطراب.

2. المرحلة الثانية: يحدث التشريط في عدد كبير من المواقف، بحيث يصبح المثير المحايد مرتبطاً خلال التداعي مع المنبهات غير الشرطية التي سببت الصدمة أو ردود الأفعال الانفعالية، ومن هذه النقطة وصاعداً نجد أن المثير الشرطي يستدعي رد الفعل السلوكي غير التكيفي، في حين أن بعض الاستجابات الشرطية التي لا تلقى تدعيماً تبدأ في التلاشي والانطفاء.

3 ـ المرحلة الثالثة: يقوم الفرد باختيار وملاحظة المثيرات السلبية التي تستدعي رد الفعل الانفعالي، والانتباه لها وتوقعها بشكل انتقائي متعمد. وبما أن التشريط سريع وسهل لدى المنطوي، لذلك من السهل أن يكتسب أنواعاً من القلق والاكتئاب التفاعلي والمخاوف أكثر من أي شخص آخر.

أما بيك Beck، 1975، فيفترض أن الاكتئاب التفاعلي يحدث نتيجة لتشوه معرفي يظهر في صورة نظرة الفرد السلبية تجاه العالم المحيط به، ونظرته السلبية تجاه ذاته، ونظرته السلبية تجاه المستقبل. حيث تعمل هذه النظرية التشاؤمية السلبية على تشويه الأنماط المعرفية لدى الفرد. وينعكس هذا التشوه في أشكال متعددة مثل التجريد الانتقائي (أي التوصل إلى نتائج وأحكام معينة استناداً إلى عنصر واحد فقط ـ سلبي دائماً ـ من عناصر الموقف)، والاستدلال التعسفي، (أي التوصل إلى أحكام ونتائج دون أدلة أو براهين منطقية) والمغالاة في التعميم، (أي التوصل إلى نتيجة عامة على أساس حدث واحد سلبي يتعرض له الفرد) والتهويل والتحقير، (أي التضخيم من شأن الأحداث السلبية التافهة والتحقير من شأن الذات).

وما تجدر الإشارة إليه هنا، أن التشوه المعرفي هذا ينشأ وينمو مبكراً في مرحلة الطفولة ثم بعد ذلك يصبح الفرد حساساً (سريع التأثر) لرد الفعل الاكتئابي في مقدمة أي ضغط نفسي يتعرض له فيما بعد.

هدف البرنامج:

يهدف هذا البرنامج إلى تعديل نقاط العجز التي تحدث في عمليات التحكم الذاتي في السلوك لدى المكتئبين من خلال تعديل التشوهات المعرفية لدى هؤلاء الأفراد. ويرتبط ذلك بالتدريب على أنشطة سلوكية يومية محددة ويساعد ذلك على ممارسة هؤلاء الأفراد التحكم الذاتي في السلوك على نحو أفضل، ومن ثم التخلص من المشاعر الاكتئابية وخفض الأعراض النفسية للاكتئاب، وتعديل المؤشرات الفيزيولوجية المصاحبة لتلك الأعراض (ضغط الدم، ونبض القلب). وكذلك تخفيف حدة الاكتئاب والعودة به إلى المستوى المقبول، مع تنمية أنماط معرفية ومعتقدات صحية خاصة بالذات والعالم.

أهمية البرنامج:

وتتمثل أهمية هذا البرنامج في عدة نقاط، أهمها:

1ـ أنه يستند إلى نظرية جديدة في علم النفس، وهي نظرية التحكم الذاتي في السلوك، وبالتحديد إلى نموذج التحكم في الذات لدى المكتئبين.

2ـ يمكن تطبيق هذا البرنامج بصورة فردية أو جماعية.

3ـ عند تطبيق هذا البرنامج بصورة جماعية تتاح الفرصة للمناقشة الجماعية بين الأفراد مما يساعد على تنمية جوانب الاندماج الاجتماعي، وكسر حاجز العزلة الاجتماعية والانطواء لدى هؤلاء الأفراد مما يبعث على الشعور بالثقة بالنفس.

4ـ أنه يلقي بالعبء الأكبر في الشفاء وتعديل السلوك على المكتئبين أنفسهم - بالرغم من الصعوبة البالغة في ذلك - من خلال الواجبات المنزلية اليومية التي تتبع كل جلسة يحضرها المكتئب، وذلك بجعل هؤلاء الأفراد يشعرون بتحسن تدريجي مهما كان بسيطا، وبالتالي يتيح لهم الفرصة في إقامة علاقات جديدة مرة أخرى مع أنفسهم، وإعادة النظر في الأحداث البيئية والاجتماعية من حولهم، وإقامة العلاقات الإيجابية، وإمكانية التعامل والتفاعل الإيجابي مع هذه الأحداث بدلاً من الانسحاب منها والإحساس بالعجز والفشل أمامها. وقد بني هذا البرنامج على أساس اقتناع الفرد بأفكار جديدة (التي تتضمنها جلسات البرنامج) ثم يبدأ في ممارسة السلوك في ضوء تلك الأفكار كترجمة لها، حيث يتبع هذا السلوك آثار نفسية إيجابية معينة يلمسها الفرد والتي قد تمكنه من السيطرة على مشاعره وانفعالاته الاكتئابية من خلال ممارسته لتلك السلوكيات.

5ـ أنه بعد انتهاء جلسات البرنامج كلها يكون الفرد قد اكتسب فنية التعامل مع استمارات البرنامج مرة أخرى، وبذلك يكتسب الفرد القدرة على الخروج بمفرده مرة أخرى من تلك الحالة والتغلب على تلك الظروف دون الرجوع مرة أخرى إلى الأخصائي النفسي إلا في حدود الاستشارة.

6ـ وبانتهاء جلسات البرنامج يكون الفرد قد تعلم وأتقن مهارات التحكم الذاتي في السلوك بصورة صحيحة، كما يساعده على زيادة تمكنه من التحكم الذاتي في انفعالاته وما يصاحبها من تغير في المؤشرات الفيزيولوجية كضغط الدم، ومعدل ضربات القلب.

الأرضية النظرية والتطبيقية للبرنامج:

وضع هذا البرنامج" فشزوريم" Cand Rehm، Fuchs، 1977 من خلال دراسة بعنوان برنامج التحكم الذاتي في السلوك لعلاج الاكتئاب، حيث يستند هذا البرنامج أساساً إلى نظرية العلاج السلوكي الحديثة.فقد تولد هذا الاتجاه لدى المعالجين السلوكيين نتيجة لحاجتهم لطرائق سريعة وفعالة لمساعدة العملاء على تنمية قواهم الذاتية، وتعديل أنماط وأساليب التوافق السيئة التي تعلموها من

خلال عمليات التشريط الاجتماعي السيئة، والتي جعلتهم (أي المعالجين) يفكرون في ابتكار طرق سريعة وفعالة يمكن للعميل أن يمارسها دون الحاجة للالتجاء المستمر للمعالج إلا في حالات أو أوقات قليلة.

وتعالج هذه الأساليب أحياناً على أنها طرق للعلاج الذاتي، وأحياناً أخرى توجيه ذاتي، وأحياناً ثالثة على أنها أساليب للضبط الذاتي. غير أنها تتفق جميعاً - بالرغم من اختلاف المسميات في أنها تستهدي بقوانين علم النفس ونظرياته والمعرفة النفسية بصورة عامة في تطبيق مبادئ العلاج ذاتياً. بعبارة أخرى، فإن ما قاله سقراط " اعرف نفسك بنفسك "يتحول هنا ليصبح عالج نفسك.

ولفترة قريبة لم تكن أساليب الضبط الذاتي موضوعاً لتفكير المعالجين النفسيين على الإطلاق، ويبدو أن تأخر ظهور هذا المنهج إلى مسرح العلاج السلوكي، إنما يعود إلى حد كبير إلى سيطرة المنهج الطبي العضوي على حركة العلاج النفسي. كما أن هذا الاتجاه من جانب آخر قد بدا بجهد طائفة من المعالجين النفسيين الذين يعرفون في الوقت الحالي باسم "العلاج النفسي الإنساني" (Human Psychologists) الذين يؤكدون على قدرة الإنسان على توجيه نفسه ذاتياً من خلال قدراته على التعلم الذاتي وتوظيفه لهذه القدرات والإمكانات بطريقة إيجابية (إبراهيم، 1982 : 187).

ويرى فرستر Ferster،1965 أن التحكم الذاتي هو مجموعة الأنشطة التي يقوم بها الفرد لتغيير الطريقة التي يسلك بها، وتغيير استجاباته للمثيرات البيئية المختلفة ليصل في النهاية إلى استجابات وسلوكيات أكثر ملائمة وتكيف مع البيئة.

وفي رأي "كنفر" أن التحكم الذاتي في السلوك عن طريق عملية تتطلب من الفرد ملاحظة سلوكه الخاص والمواقف والأسباب التي تؤدي إلى ظهور هذا السلوك، وكذلك إدراك الفرد لنتائج سلوكه. ويتم هذا الأمر من خلال:

أ- رؤية الذات (**Self-Monitoring**):

وتعني الوعي والاستبصار بالذات وبمشكلاتها يقوم بها الفرد لملاحظة ومراقبة سلوكياته وأفكاره بطريقة تساعده على إحداث تغيرات مباشرة فيها بفعل الإرادة التي يملكها. كما أنها تتطلب قدرة على التحكم في التغيرات السلوكية التي تطرأ عليه والتي تؤدي إلى خلق تغييرات آلية في البيئة المحيطة به بطريقة تجعلها تخلق تدعيمات إضافية في الاتجاه المرغوب.

ولو استطعنا أن نسقط هذا الأمر على الاكتئاب التفاعلي وعلاقته بالتنشيط الفيزيولوجي: فقد أشار إيزنك إلى أن ذوي الاكتئاب التفاعلي يتسمون بالانطواء والعصابية، لذا فهم ذوي مستوى عالٍ

من التنشيط اللحائي والأتونومي أعلى من العاديين. ويمكن الاستدلال على ذلك من خلال بعض المؤشرات الفيزيولوجية، كاستجابة الجلد الجلفانية، والنشاط الكهربائي للمخ، ودرجة حرارة الجسم، ومعدل ضربات القلب وضغط الدم.

ب ـ تقييم الذات: (Self-Erudition)

وهوعبارة عن عملية تعتمد على قيام الفرد بالمقارنة بين سلوكه في موقف معين والمحك الداخلي الذي يرتضيه الفرد لهذا السلوك. وهذا المحك يشتق من مصادر متنوعة، فقد يكون عن طريق تبني الفرد لمعايير خارجية مفروضة أو من خلال إجبار الذات على معايير معينة، والتي قد تكون أكثر حزماً وصرامة أو أقل عند مقارنتها بالمحك الخارجي.

ج ـ تدعيم الذات أو تعزيز الذات: (Self-Reinforcement)

وهو عملية لاحقة للتدعيم الخارجي، وفي أحيان أخرى بديلاً له، إذ أن تنظيم مكافأة أو عقاب الذات سواء كان ذلك بصورة علنية أو سرية، ويمكن أن يقدمها الفرد لذاته والتسليم بأنها الآلية الأساسية في التحكيم الذاتي في السلوك، ويضاف إلى ذلك أن القاعدة الأساسية لفهم عملية التحكم الذاتي في السلوك تعتمد تصوراً مفاده أن الأفراد يتحكمون في سلوكهم الخاص بنفس الطريقة التي يتحكم فيها أحد أعضاء الجسم في عضو آخر.

أدوات تقويم أثر البرنامج:

يستخدم في هذا البرنامج مجموعة من المقاييس النفسية الفيزيولوجية هي:

1 ـ مقياس الاكتئاب من مقياس مينيسوتا المتعدد الأوجه، من إعداد: رياض العاسمي.

2 ـ مقياس الاكتئاب، من إعداد: غريب عبد الفتاح غريب.

3 ـ مقياس التحكم الذاتي، من إعداد: عبد الوهاب كامل.

4 ـ مقياس إيزيك للشخصية، من إعداد: جابر عبد الحميد جابر، فخر الإسلام.

5 ـ مقياس ضغط الدم ودقات القلب الإلكتروني.

المستفيدون من هذا البرنامج:

يستخدم هذا البرنامج للأفراد الذين يعانون من الاكتئاب التفاعلي، والذين تتراوح أعمارهم (15) سنة فما فوق، ولديهم القدرة على التواصل مع الآخرين بدرجة معقولة، ولا يعانون من التخلف العقلي أو الحالة الشديدة من الذهان الاكتئابي. ويمكن أن يطبق هذا البرنامج على الأفراد من الجنسين (ذكور إناث) بصورة فردية أو بصورة جماعية. وذلك بعد أن يتم التأكد من أنهم يعانون من الاكتئاب

التفاعلي باستخدام التشخيص التفريقي، ودراسة الحالة بصورة معمقة، واستخدام الاختبارات النفسية التي تكشف عن وجود هذا الاضطراب لدى الفرد دون غيره.

الإجراءات التنفيذية:

بعد أن يقوم المعالج النفسي بتحديد أعراض الاكتئاب التفاعلي لدى العميل، مثل فقدان الشهية للطعام، البطء النفسي والحركي، الأرق أو الإفراط في النوم، وتدني مستوى النشاط لديه، وضعف التركيز والتردد في اتخاذ القرارات المناسبة له، الانسحاب الاجتماعي، وفقدان قيمة الذات، يسعى المعالج إلى وضع خطة علاجية قائمة على التحكم الذاتي بانفعالاته وأفكاره وسلوكه والتغيرات الفيزيولوجية المصاحبة للاكتئاب مثل (ضغط الدم المرتفع والمنخفض، وعدد ضربات القلب في الدقيقة).

وتسير هذه الخطة على النحو التالي:

1 ـ القياس القبلي: ويشمل تطبيق المقاييس النفسية الأنفة الذكر على المفحوص، وكذلك تحديد الخط القاعدي لمعدل ضربات القلب وضغط الدم (العالي ـ المنخفض).

2ـ إقامة علاقات مهنية بين المعالج والعميل أساسها التقبل والاحترام المتبادل.

3ـ جلسات تطبيق البرنامج العلاجي: وتشمل.

آ ـ **جلسة تمهيدية:** يشرح المعالج للعميل في هذه الجلسة أهمية البرنامج وخطوات سيره، وموعد الجلسات، وطول كل جلسة، والواجبات المنزلية التي يقوم بها العميل خارج الجلسات مثل (كتابة التقارير، الحديث عن مشكلة معينة، فترات حدوث الأعراض.. إلخ) وهذه الجلسة تختلف من اتجاه علاجي عن آخر ولكن السمة البارزة لهذه الجلسة تم التطرق إليه في برامج سابقة لا داعي الحديث عنه هنا.

ب ـ **الجلسات التنفيذية للبرنامج:** يُطبق البرنامج في سبع جلسات جماعية أو فردية، جلسة واحدة في كل أسبوع، مدة الجلسة في حدود ساعة واحدة فقط، يقوم فيها المعالج النفسي بعرض ومناقشة الجوانب العقلية لكل جلسة مع المكتئبين، وفي نهايتها يعرض الواجبات والمهام المنزلية التي يتحتم على كل فرد القيام بها لحين حضور الجلسة القادمة.

وفيما يلي إشارة إلى كل جلسة على حدة، حيث تهدف الجلسة الأولى والثانية إلى تعديل جوانب التشوه المعرفي والقصور في عملية رؤية الذات، والجلستين الثالثة والرابعة تهدفان إلى تعديل جوانب التشوه المعرفي والقصور في عملية تقييم الذات، بينما تهدف الجلسة الخامسة والسادسة إلى تعديل جوانب التشوه المعرفي والقصور في عملية تدعيم الذات.

الجلسة الأولى:

تهدف إلى إتاحة الفرصة لكل مفحوص أن يعرض مشكلته أمام باقي أفراد المجموعة، وفتح باب المناقشة الجماعية بين المفحوصين، وبعد ذلك يتم تعريف المفحوصين بالإطار العام للتحكم الذاتي في السلوك وتفسير مشكلاتهم في ضوء ذلك. ثم يعرض الجوانب العقلية لرؤية الذات الخاصة بهذه الجلسة، حيث يوضح المعالج للأفراد:

أ ـ كيف أن مزاج الفرد يرتبط بالأنشطة الإيجابية التي يقوم بها.

ب ـ كيف أن المكتئبين يفشلون في الاهتمام بالأنشطة الإيجابية.

ج ـ كيف أن المكتئبين يميلون إلى التركيز على النتائج المباشرة لأنشطتهم في مقابل إهمال الأنشطة ذات النتائج بعيدة المدى.

د ـ كيف أن المكتئبين يميلون إلى الانتباه الانتقائي للسلبيات والنتائج السلبية لسلوكهم وسلوك الآخرين.

هـ ـ كيف أن اكتساب مهارة التحكم في الأنشطة الإيجابية، والعمل على زيادتها قد يساعد المكتئب على التغلب على ما لديه من اكتئاب.

ثم يناقش المعالج تلك النقاط السابقة مع أفراد المجموعة الإرشادية، ويشرح لهم طريقة تعديلها من خلال ممارسة إجراءات التمرين الأول، ثم يتم تقديم استمارته لأفراد المجموعة، وتفسير طريقة التعامل مع هذه الاستمارات خلال أيام الأسبوع القادم لحين موعد الجلسة القادمة.

الجلسة الثانية:

وتهدف إلى:

أـ إتاحة الفرصة لكل مسترشد أن يذكر ما سجله في الاستمارات الخاصة بالتمرين الأول، ومناقشة المفحوصين في المشكلات التي قد تعترضهم أثناء تطبيق هذا التمرين خلال الأسبوع السابق.

ب ـ عرض الجوانب العقلية لهذه الجلسة مع التركيز على أهمية فكرة أن المزاج يرتبط بالنشاط الفردي، وذلك من خلال رسم صورة المزاج والنشاط.

ـ أن المكتئبين يميلون إلى التركيز على النتائج المباشرة لأنشطتهم في مقابل إهمال الأنشطة ذات النتائج بعيدة المدى.

ثم يناقش المعالج تلك النقاط السابقة مع أفراد المجموعة الإرشادية، ويشرح لهم طريقة تعديلها من خلال ممارسة إجراءات التمرينين الثاني والثالث، ثم يتم تقديم استمارات التمرين الأول والثاني والثالث لأفراد المجموعة، وتفسير طريقة التعامل مع هذه الاستمارات خلال أيام الأسبوع القادم.

الجلسة الثالثة:

وتهدف إلى:

أ ـ إتاحة الفرصة لكل مسترشد أن يذكر ما سجله في الجداول والاستمارات الخاصة في الأسبوع السابق، ومناقشة كل أعضاء المجموعة حول المشكلات التي تعترضهم أثناء الأسبوع السابق.

ب ـ عرض الجوانب العقلية لهذه الجلسة من خلال ما يلي:

1 ـ كيف يمكن للمكتئبين أن يختاروا أهدافا غير ممكنة التحقيق (صعبة ومبالغ فيها).

2 ـ كيف أن المكتئبين يميلون إلى اختبار محكات صارمة لتقييم سلوكهم.

ثم يناقش المعالج هذه النقاط السابقة مع المكتئبين، ويشرح لهم طريقة تعديلها من خلال ممارسة إجراءات الاسترخاء، ثم يتم تقديم استمارات التمارين (1، 2، 3، 4) لأفراد المجموعة، وتفسير طريقة التعامل مع هذه الاستمارات خلال أيام الأسبوع التالي.

الجلسة الرابعة:

وتهدف إلى:

ـ إتاحة الفرصة لكل فرد أن يذكر ما سجله في الجداول والاستمارات الخاصة بالأسبوع السابق، ومناقشة المسترشدين في المشكلات التي واجهتهم في الأسبوع السابق.

ـ عرض الجوانب العقلية لهذه الجلسة، حيث يوضح المرشد للمسترشدين كيف أن المكتئبين يميلون إلى التقييمات غير الصحيحة لما يصلون إليه من نجاح أو فشل ولديهم تشوه معرفي، يظهر في صورة التحديد غير الصحيح لما يصلون إليه من نجاح أو فشل، حيث إنهم دائما ما يعتقدون أن أي نجاح يحرزونه قد يرجع إلى الصدفة أو إلى الظروف الخارجية التي لا علاقة لها بالذات. ثم يناقش المرشد تلك النقطة مع أفراد المجموعة، ويشرح لهم طريقة تعديلها من خلال ممارسة إجراءات التمرين الخامس، ثم يتم تقديم استمارات التمارين (1، 2، 3، 4، 5) لأفراد المجموعة، وتفسير طريقة التعامل مع هذه الاستمارات خلال أيام الأسبوع القادم لحين موعد الجلسة التالية.

الجلسة الخامسة:

وتهدف إلى:

أ ـ إتاحة الفرصة لكل مسترشد أن يذكر ما سجله في الجداول والاستمارات الخاصة بالأسبوع السابق، ومناقشة أفراد المجموعة التي تكون قد واجهتم في الأسبوع السابق.

2 ـ عرض الجوانب العقلية لهذه الجلسة، حيث يوضح المرشد للمسترشدين مايلي:

أ ـ أن السلوك بصفة عامة تحكمه المكافأة والعقاب.

ب ـ يمكن للأفراد أن يحكموا سلوكهم الخاص عن طريق تقديم المكافأة أو العقاب لأنفسهم.

ج ـ أن المكتئبين يميلون إلى عقاب أنفسهم بشدة ومكافأة أنفسهم بمعدلات منخفضة جداً ثم يناقش المعالج تلك النقاط السابقة مع أفراد المجموعة، ويشرح لهم طريقة تعديلها من خلال ممارسة

إجراءات التمرين السادس، ثم تقديم يتم استمارات التمارين (1، 2، 3، 4، 5، 6) وتفسير طريقة التعامل مع هذه الاستمارات خلال أيام الأسبوع القادم لحين موعد الجلسة القادمة.

الجلسة السادسة:

وتهدف إلى:

1 ـ إتاحة الفرصة لكل مفحوص أن يذكر ما سجله في الجداول والاستمارات الخاصة بالأسبوع السابق، ومناقشة أعضاء المجموعة العلاجية في المشكلات التي قد واجهتهم في الأسبوع السابق.

2 ـ عرض الجوانب العقلية لهذه الجلسة، حيث يوضح المعالج لأعضاء المجموعة مايلي:

آ ـ أن المكافأة الذاتية أو العقاب الذاتي ممكن أن يتم كلاهما إما بصورة معنوية أو بصورة مادية.

ب ـ أن المكتئبين يميلون إلى عقاب أنفسهم بشكل معنوي بكثرة، وعدم مكافأة أنفسهم مكافآت معنوية إلا نادراً.

ج ـ أن تدريب هؤلاء الأفراد على تقديم المكافآت الذاتية المعنوية لأنفسهم بشكل مناسب وبطريقة جيدة، وفي نفس الوقت تقليلهم من العقاب الذاتي بدرجة كبيرة، يساعدهم على التغلب على المزاج الاكتئابي ثم يناقش المعالج تلك النقاط السابقة مع أفراد المجموعة، ويشرح لهم طريقة تعديلها من خلال ممارسة إجراءات التمرين السابع، ثم يتم تقديم استمارات التمارين (1، 2، 3، 4، 5، 6، 7) ويفسر طريقة التعامل مع هذه الاستمارات خلال أيام الأسبوع القادم لحين موعد الجلسة اللاحقة.

الجلسة السابعة:

وتهدف إلى:

1ـ إتاحة الفرصة لكل فرد أن يذكر ما سجله في الجداول والاستمارات الخاصة بالأسبوع السابق ومناقشة المفحوصين في المشكلات التي قد تعرضوا في الأسبوع السابق.

2ـ تقديم عرض ملخص وسريع للمفحوصين عن البرنامج في صورة مراجعة على إجراءات الجلسات السابقة كلها ومناقشة سريعة للنقاط التي وردت بكل جلسة على حدة.

جلسة القياس البعدي:

يطلب المعالج الإجابة عن المقاييس النفسية المستخدمة لتقييم التحسن الحاصل لدى الأفراد في درجة اكتئابهم، بالإضافة إلى تسجيل للمؤشرات الفيزيولوجية (ضغط الدم ومعدل ضربات القلب).

جلسة المتابعة:

يمكن أن يتم بعد فترة من الزمن ثلاثة أسابيع أو أكثر إجراء قياس آخر لمعرفة ثبات التحسن لدى أفراد العينة، وتسمى هذه الحالة بمرحلة المتابعة.

وهنا لا بد أن نبين أن المرشد يجب عليه أن يساعد الشخص الذي يعاني من الاكتئاب من تحديد الأنشطة الترفيهية التي يجب أن يشارك فيها، كما يكلفه أثناء عملية العلاج بكتابة عبارات إثبات

إيجابية، حتى كتابة عبارة واحدة في اليوم، وكذلك دعم الأنشطة الاجتماعية والتعبير اللفظي عن المشاعر والحاجات والرغبات.

أنشطة اجتماعية ذات طابع إيجابي:

تتضمن هذه القائمة من الأنشطة كل أنواع التفاعلات الاجتماعية السارة التي يشعر الشخص فيها بأنه جذاب ومرغوب فيه من قبل الآخرين، وأنه موضع للحب والتقدير. وفيما يلي نماذج من هذه الأنشطة.

- ابحث أو اتصل بصديق قديم.
- اجتمع مع مجموعة من الأصدقاء.
- عبر عن شيء إيجابي فيك.
- اجتمع مع من تحب.
- عبر عن تأييدك العلني لرأي جديد.
- اطلب من صديق أن يساعدك في معالجة أمر يهمك.
- قم بمداعبة طفل.
- لاحظ الآخرين.
- ادخل في مناقشة صريحة مع الآخرين.
- عبر عن حبك أو إعجابك بشخص آخر.
- قم بزيارة سريعة لأحد الوالدين أو المقربين.
- قم بعمل تطوعي لخدمة الآخرين.
- سجل أشياء إيجابية فعلتها اليوم، الأسبوع الماضي، والشهر الماضي، والسنة الماضية.
- أصغ بانتباه لشخص لم تكن تحبه من قبل.
- تعرف على شخصية جديدة.
- افتح بعض الوقت لمساعدة محتاج.

أنشطة شخصية:

تتضمن هذه الفئة من الأنشطة كل أنواع النشاط المرتبط بإثارة مشاعر اللياقة النفسية والإنجاز والكفاءة والاستقلال وتحقيق الذات.

- خطط لرحلة أو إجازة.
- تعلم شيئاً جديداً.
- عبر عن فكرة أو رأي بوضوح.
- اكتب رأيك في مقال قرأته في الجريدة.

- تعرف على مصادر الإعجاب فيك وسجلها .
- تعلم إحدى الخطوات لاكتساب مهارة معينة .
- اقض وقتاً في عمل شيء بكفاءة .
- قم بتنظيم شيء مؤجل في منزلك .
- اكتب عن شيء يعجبك في شخصية تقدرها .
- اقض وقتاً في عمل شيء بكفاءة .
- اكتب فكرة خطرت في بالك .

أنشطة سلوكية مضادة للاكتئاب :

وهي عبارة عن نشاطات ذات طابع سار ومناقضة للاكتئاب، أي لا يمكن أن يمارسها الشخص . بينما يكون في نفس الوقت حزيناً أو مكتئباً وأهم الأنشطة السارة التي اقترحها ليفينسون هي التالية :

- اجتمع مع أشخاص سعداء .
- اضحك بعمق وركز عليه ذهنيا .
- قل شيئاً ساراً للمقربين منك .
- ارتد ملابس نظيفة .
- قم بإعداد شيء تحبه .
- تحدث بإعجاب عن بعض منجزاتك .
- ابتسم للآخرين .
- نم بعمق .
- أروي طرفة أو نكتة .
- استرخ لبعض الوقت .
- استمع لأغنية تحبها .
- تخيل موقفاً مع شخص تحبه .
- تخيل شيئاً جديداً سوف يحدث لك في المستقبل .
- أشعر بأهمية وجودك مع الآخرين .
- ألعب مع الطفل .

الفصل الرابع
برنامج تدريبي لمساعدة الطفل التوحدي للتوافق مع احتياجاته اليومية (Autism)

مقدمة:

لم يُعرف مصطلح التوحد أو الطفل المنطوي على ذاته أو نفسه، أو الطفل المتوحد إلا حديثاً. ويعد كانر (1943) Kanner أول من أشار إليه في كتاباته وخصوصاً حينما نشر مقالاً بعنوان "اضطرابات التواصل الوجدانية الانغلاقية"، حيث يرى فيه أن التوحد مصطلح يشير إلى مجموعة من أعراض لها بعض المظاهر الإكلينيكية، مثل: اضطراب الانتباه والإدراك وعدم القدرة على التواصل، وصعوبة إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين بالإضافة إلى النشاط الحركي المفرط (Baron-chen.1991.335).

وأكد ذلك أيضاً أسبيرجر (1944) Asperger الذي حدد لهذا الاضطراب زملة أعراض سميت باسمه Asperger Syndrome أي" ملازمة أسبيرجر" وأنه يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة،وعزا سبب هذا الاضطراب إلى الناحية البيولوجية، وكان يصنف هؤلاء الأطفال ضمن فئة المتخلفين عقلياً، لكن "مارشيون" (1982) Marchionne أرجع أسباب التوحد إلى عوامل نفسية واجتماعية أكثر من إرجاعه إلى العوامل البيولوجية، وأشار إلى أن أعراض هذا المرض تتشابه مع أعراض صعوبات التعلم والضعف العقلي (Marchionne 1 -37،1982)

وقد حددت رابطة الطب النفسي الأمريكية في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المعدل (DSM-III-R (Diagnostic &StatisticalManual1987-) وكذلك الدليل التشخيصي الرابع (DSM-IV) لعام 1994 أن التوحد لا يندرج تحت صعوبات التعلم ولا تحت التخلف العقلي ولكنه يصنف تحت الاضطرابات السلوكية الناتجة عن الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق الاجتماعي.

معنى التوحد وتعريفه:

التوحد اضطراب غريب يصيب الأطفال في سني حياتهم الباكرة وأغرب ما فيه أنه يحدث تحت مظاهر سلوكية وانفعالية هادئة، ويظهر أحياناً أخرى عبر صراخ وضجيج وكلمات غير مفهومة وحركات بهلوانية مفرطة.

ويعود مصطلح التوحد إلى أصل كلمة إغريقية تعني "أوتوس (Autos) وتعني النفس أو الذات. ويعد كانر أول من أطلق عليه مصطلح التوحد في العصر الحديث، ثم جاء بعده علماء كثر تحدثوا عنه بمفاهيم من خلال أطرهم النظرية والتطبيقية، أمثال بليولير (1906) Bleuler ونيل وجلوسري (1936) Neil& Glessary وبعد ذلك كانر (1943)، ويليه أسبيرجر.

والتوحد: عبارة عن إعاقة أو عجز متعلق بالنمو، عادة تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، وهي تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ.

بينما تعرفه الجمعية الأمريكية للتوحد (2000) بأنه نوع من الاضطرابات في تطور نمو الطفل، يظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر، يؤثر على مختلف نواحي النمو بالسلب، ويظهر في النواحي الاجتماعية والتواصلية والعقلية/ المعرفية\، والانفعالية والعاطفية والسلوكية، ويستمر هذا الاضطراب مدى الحياة (صادق،2008).

ويبدو من هذه التعريفات للتوحد أنه يتميز باضطرابات سلوكية تشمل أربع نواحي أساسية هي:

1ـ اضطراب في التفاعل الاجتماعي.

2ـ اضطراب في التواصل والنشاط التخيلي أو صعوبة في فهم الانفعالات.

3ـ القلق الملحوظ في الأنشطة والاهتمامات وتكرار الأفعال بطريقة نمطية.

4ـ صعوبة في النمو اللغوي.

بداية الاضطراب وانتشاره:

يبدأ الاضطراب قبل الثالثة من العمر في الغالبية العظمى من الحالات، وقليلاً ما يبدأ في الخامسة أو السادسة من العمر، وغالباً ما يصعب تحديد السن الذي بدأ عنده الاضطراب، فالظاهرة في مرحلة الرضاعة يصعب رصد أعراض الاضطراب، فتبدو على الطفل الطمأنينة عندما يترك وحده، ولا يخاف من الغرباء ولا يرتبط بهم أو يتفاعل معهم،مع غياب الابتسامة الاجتماعية،وغياب ابتسامة التعرف (التي تظهر في العادة في الشهور الأربعة من حياة الطفل)، حيث تشكو الأم أنه لا يعرفها ولا يقبل عليها عندما تلتقطه في فراشه، وقد لا يلاحظ الآباء هذا الاضطراب عند ابنهم إلا عندما يوجد مع أطفال آخرين سواء في المدرسة أو في حديقة اللعب.

في واقع الأمر، يصعب تحديد نسبة انتشار التوحد لتعدد التعريفات وصدق وثبات أدوات الفحص والتشخيص، ورغم ذلك فإن النسبة العالمية لانتشار التوحد تصل إلى (15ـ 20) حالة لكل عشرة آلاف طفل،إذ تشكل هذه النسبة جميع فئات التوحد، وتبلغ عند الذكور مقارنة بالإناث 1/4.

الأعراض الرئيسة للتوحد :

يُعد اضطراب التوحد أو الذاتوية عند الأطفال من الاضطرابات الانفعالية وسوء في التوافق الاجتماعي، وأنه يتميز بعدة أعراض منها : الانفصال الشديد عن الواقع، والعجز في إقامة علاقات انفعالية مع الآخرين، والترديد الآلي للكلمات أو المقاطع، ومعارضة التغير في الحياة الروتينية، وتكرار الأفعال والأقوال بطريقة نمطية.

وقد بين كوجل وآخرون (1982) al، et، Koegel أن الأطفال المتوحدين تظهر عليهم أعراض الانسحاب الاجتماعي، والانطواء على النفس، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين. كما يوجد لديهم اضطراب في اللغة، وفي القدرات الادراكية والمعرفية،يضاف إلى ما سبق ضعف الانتباه، وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية والتحكم في الحركات الدقيقة، فضلاً عن وجود نشاط حركي مفرط (الزعبي : 1994، 134).

ويمكن إجمال تلك الأعراض في الآتي :

1. التواصل : يكون تطور اللغة بطيئا، وقد لا يتطور بتاتاً، ويستخدم كلمات بشكل مختلف عن الآخرين من حيث ارتباطها بمعان مختلفة معتادة لهذه الكلمات. وقد يكون التواصل عن طريق الإشارات بدلاً من الكلمات، ومدة التركيز على الأشياء تكون قصيرة.

2. التفاعل الاجتماعي : والطفل الذاتوي يقضي وقتاً أقل مع الآخرين، ويبدي اهتماماً أقل بتكوين صداقات، وتكون استجابته للمثيرات الاجتماعية أقل، مثل الابتسام أو النظر في عيون الآخرين عندما يتحدث معهم.

3. الحساسية المفرطة : وقد يكون هذا الطفل حساساً أكثر من المعتاد للمس، أو يكون أقل حساسية من المعتاد بالنسبة لبقية الأطفال من مثل عمره للألم أو النظر أو السمع أو الشم.

4. نقص في اللعب التلقائي أو الإبتكاري : إذ أن الطفل لا يقلد حركات الآخرين ولا يحاول أن يبدأ في القيام بألعاب خيالية أو مبتكرة.

5. السلوك : قد يكون الطفل الذاتوي أو المتوحد مع ذاته نشيطاً وحركياً أكثر من المعتاد أو تكون حركته أقل مع وجود نوبات من السلوك غير السوي، كأن يضرب رأسه بالحائط دون سبب واضح. وقد يصر على الاحتفاظ بشيء ما أو التفكير بفكرة بعينها، أو الارتباط بشخص بعينه، وقد يُظهر سلوكاً عدوانياً مؤذياً الذات أو للآخرين.

6. اضطرابات في الأكل : كقصر الطعام على أنواع قليلة أو شرب السوائل بكثرة، أو رفض الطعام.

7ـ اضطراب في النوم: يلاحظ على هذا الطفل الاستيقاظ المتكرر ليلاً أو الاستيقاظ مبكراً حيث يجد صعوبة في الدخول في النوم مرة ثانية.

8ـ اضطراب في الوجدان: مثل الضحك أو البكاء دون سبب واضح، وغياب التفاعلات العاطفية، وعدم الخوف من مثيرات مخيفة وخطرة في الواقع، والخوف الشديد من مثيرات غير مخيفة، إضافة إلى التوتر والقلق العام.

9ـ انخفاض واضح في القدرات العقلية: حيث يكون مستوى ذكاء هذا الطفل دون المستوى الطبيعي مقارنة بالأطفال الآخرين بمثل سنه.

أساليب التعامل مع الطفل التوحدي:

تتمثل هذه الأساليب في الآتي:

أولاً ـ تعديل السلوك:

هناك العديد من البرامج التدريبية التي يتم تقديمها للأطفال التوحد في سبيل تأهيل وتدريب هؤلاء الأطفال، ورعايتهم مثل تقديم برامج لتحسين مهارات العناية بالذات لتحقيق الاستقلالية، وغالبيه البرامج التي يتم تقديمها للأطفال التوحديين تعتمد على إجراءات تعديل السلوك. وتعد هذه الطريقة من أفضل الطرق التي أثبتت فاعلية كبيرة في التعامل مع الأطفال التوحديين ومحاولة تأهيلهم وعلاجهم. حيث يشير خليل (1991، 333) إلى أن العلاج السلوكي يعتمد على فنية إدارة السلوك وذلك للتخلص من السلوكيات غير المقبولة، والتقليل من الأفعال التكرارية النمطية، وغيرها من أشكال السلوك اللاتوافقي، وكذلك التشريط الإجرائي الذي يفيد في علاج الأطفال التوحديين، ويعد الثواب والعقاب مبدأً رئيسياً في هذه الفنية مع هدف تطوير، وتعزيز السلوك الايجابي، وتقليل أو استبعاد السلوك السلبي، ولقد تبين نجاح العلاج السلوكي مع هؤلاء الأطفال في تشجيع اكتساب المهارات الاجتماعية، ومهارات التواصل، ورعاية الذات، والمهارات المعرفية.

ومن أشهر الدراسات التي استخدمت مدخل تعديل السلوك مع الأطفال التوحديين من خلال البرامج دراسة (عبدالله، 2000: 276) التي هدفت إلى التأكد من فعالية برنامج سلوكي للحد من السلوك العدواني لدى الطفل التوحدي، حيث أوضحت نتائجها فاعليه البرنامج السلوكي في حدوث انخفاض في السلوك العدواني، وذلك بالنسبة للمجموعة التجريبية التي تعرضت للبرنامج.

ثانياً ـ العلاج النفسي:

يرى هذا الاتجاه أن الاضطراب ينتج عن الخبرات البيئية غير السوية. فتعرض الطفل للخبرات البيئية الايجابية قد يخلصه من هذا الاضطراب، والعلاج النفسي الفردي للأطفال التوحديين يعمل على توفير مواقف تتسم بالدفء والرعاية والضبط، حيث يتعلم الأطفال مبادئ الهوية والتفاعل الإنساني، ورغم الأبحاث التي تمت في هذا المجال إلا أنها لم تكن ذات فاعلية بدرجة كبيرة مع هؤلاء الأطفال.

ثالثاً ـ العلاج الدوائي:

يشير عبد الله (2001: 193) أن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم، وتعديل المنظومة الكيماوية العصبية التي تقف خلف السلوك الشاذ، وبالرغم من أن البحوث الحديثة قد أثبتت تنوع وتعدد العوامل التي تسبب التوحد، إلا أن الكثير من الاتجاهات المباشرة وغير المباشرة قد أثبتت أهمية العلاج الدوائي مع الاضطراب التوحدي، ومع أنه لا يوجد دواء واحد للتوحد يجب أن يتكامل هذا النوع من العلاج الطبي مع برنامج العلاج الشامل، بحيث يساعد على تحسين قدرات الطفل التوحدي. ويرى الشربيني (2000: 13) أن العلاج المستخدم لحالات التوحد محصور فى استخدام بعض الأدوية النفسية مثل (هالوبيريدول) و(الليثيوم) و(فنفلورامين)، مع تنظيم برامج للتأهيل يقوم بها فريق علاجي بمساعدة الأسرة لكن النتائج كانت متواضعة لا تزيد على 2٪ للتحسن الكامل و20٪ للتحسن الجزئي.

رابعاً ـ العلاج بالموسيقى:

يشير خليل (2001: 48) إلى أن العلاج بالموسيقى نوع من أنواع العلاج الذي يستخدم الموسيقى في مساعدة المرضى في التعامل الأكثر فاعلية مع حياتهم، والصعوبات التي تواجههم، فالعلاج بالموسيقى له أهمية خاصة مع الأطفال التوحديين بسبب طبيعة الموسيقى كمادة غير لغوية وغير مهددة والأنشطة الموسيقية الموازنة يتم تصميمها لمساندة أنشطة الطفل، كما يرى المعالج.

ويذكر ميرا1999، Myra في دراسة فائدة العلاج بالموسيقى للأطفال التوحديين:

1- العلاج بالموسيقى ينمي ويطور المهارات الاجتماعية الانفعالية الإدراكية التعليمية والإدراك الحسي.
2- الألعاب الموسيقية العلاجية تحقق التفاعل والاتصال الاجتماعي مع الآخرين.
3- ألعاب التصفيق والغناء تشجع الاتصال بالعين بين الطفل التوحدي والآخرين.
4- اللعب بالموسيقى بجوار الطفل التوحدي ينمي الانتباه لديه.

5- العلاج بالموسيقى يساعد على تعديل السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي، مثل الجلوس على مقعد بهدوء أو الالتزام بالوجود مع مجموعة الأطفال الآخرين في دائرته مثلا.

6- يساعد العلاج بالموسيقى الطفل التوحدي على الشعور والإحساس بنفسه، والشعور بقيمته وسط المجموعة، وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين في النشاط الموسيقى (بيومي،2008).

خامساً ـ العلاج بالحياة اليومية:

يتبنى هذا المنهج مدرسة هيجاشي Hegashi School في اليابان وهي من مدارس التربية الخاصة، حيث يركز البرنامج على التدريب البدني الشديد الذي ينتج عنه إطلاق مادة الأندورفينات Endorphins التي تحكم القلق والإحباط، إضافة إلى برنامج موسيقى مكثف والفن والدراما مع السيطرة على السلوكيات غير المناسبة. هذا البرنامج عبارة عن منهج تربوي فريد في التعامل مع التوحد يعتمد على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك، والتفاعل مع النمو الطبيعي، ويمكنهم من بناء قوة بدنية، وتثبيت المشاعر والتعبير عن قدراتهم.

ويعتمد برنامج العلاج بالحياة اليومية على خمسة مبادئ أساسية هي:

1- التعلم الموجه للمجموعة: حيث يتم التعامل مع الأطفال التوحديين في فصل دراسي واحد مع الأطفال العاديين دون أن يمثل ذلك ضغطا عليهم.

2- تعليم الأنشطة الروتينية من خلال جداول الأنشطة.

3- يعتمد البرنامج على تدريب الأطفال للاعتماد على أنفسهم في جميع شئون حياتهم.

4- تقليل مستويات النشاط غير الهادف.

5ـ تمثل التربية الرياضية دعامة أساسية في البرنامج حيث إن التمرينات الرياضية تؤدى إلى التقليل من مشاعر القلق والميل العدواني (بدر: 1997).

هذا، وسوف يتناول المؤلف هذا الشكل من البرامج التدريبية لأطفال التوحد.

البرنامج التدريبي القائم على العلاج بالحياة اليومية:

قدمت العديد من البرامج التدريبية للأطفال المتوحدين والتي نالت شهرة عالمية، ومثال ذلك برنامج الإرشاد بالحياة اليومية (Daily Life Counseling) وهو نموذج ياباني قدمه " كيتاهارا" (kitahara،1964) من خلال افتتاح مدرسة خاصة في طوكيو لهؤلاء الأطفال، وطبقت فيها هذا البرنامج، وهو عبارة عن منهج تربوي يعتمد على إتاحة الفرصة لهؤلاء الأطفال للاحتكاك مع أقرانهم

من الأطفال العاديين. كما طبق هذه البرنامج في مدرسة خاصة للأطفال المتوحدين في مدرسة "هيجاشي" (Higashi) في ولاية بوسطن الأمريكية عام1987 ، وفي مدرسة للتربية الخاصة في كندا .

ويقوم هذا البرنامج على خمسة مبادئ أساسية، هي :

ويذكر خليل (2001، 61) أن التدريب الرياضي المكثف يرتبط بإفراز الأندورفين وهو مضاد طبيعي للقلق، يخفض العدوانية والنشاط الزائد ، ويشجع السلوك الطبيعي، ويزيد الحماس لأداء المهام، ويساعد الأطفال على النوم بطريقة أفضل أثناء الليل.وتتمثل الفائدة من استعمال أساليب متعددة في أن البرامج ، وتوليفة العلاج تصمم على أساس فردي، ويؤخذ في الاعتبار شخصية الطفل، ومستوى الاتصال، ودرجة التوحد ، والمهارات التي سوف يحتاجها عندما يكبر وينمو ليصبح شاباً .

طبيعة البرنامج وخلفيته النظرية :

هو برنامج خاص لطفل توحدي أعد من فريق متعدد التخصصات حسب الاحتياجات التربوية واليومية للطفل، حسب مستواه وصفحته النفسية التي تم رسمها خلال عمليات التقييم، ويقوم بإدارته أخصائيين في النواحي التي يقدمها البرنامج للطفل التوحدي. كما يتم رصد نواحي الاضطرابات السلوكية التي يتم التفاعل معها. وعلى أن يكون التعامل معها خلال تقديم البرنامج التعليمي للطفل بطريقة طبيعية حتى لا تطغى على أهداف البرامج التعليمية.

ويرجع هذا البرنامج التدريبي إلى أصول يابانية في تربية الأطفال المتوحدين (Autism)، ويعود الفضل في تقديم هذا النوع من الإرشاد لـ "كيتاهارا" (kitahara) 1964 التي وضعت منهجاً تربوياً لمساعدة هؤلاء الأطفال على طريق النمو الطبيعي دون الانعزال عن المجتمع.

شروط تنفيذ البرنامج :

لا بد للبرنامج الناجح أن يحقق عدة شروط ، أهمها :

- إن تنبع أهدافه ومستوياته من الصفحة النفسية للطفل التوحدي. فهو برنامج مفصل حسب مواصفاته واحتياجاته، ويتحقق هدف البرنامج عن طريق التعلم الفردي حسب الوضع الحالي لخصائص الطفل.
- أن يعد المعلم عناصر البيئة التعليمية للطفل من مادة تعليمية، وطرق ووسائل وأنشطة، ومصادر تعليمية، بحيث يصدر منها البرنامج اليومي والأسبوعي والشهري للطفل.
- استخدام طرق ووسائل التقويم المستمر لكل لأنشطة الطفل في البرنامج من مرحلة إلى أخرى، وذلك حسب احتياجات الطفل.

الخطوات الرئيسية للبرنامج :

وتتضمن الخطوات التالية :

1ـ تقييم قدرات الطفل الحالية.

2ـ وضع أهداف البرنامج العامة والخاصة (اختيار الأنشطة المناسبة، أساليب التواصل، تعديل السلوك حسب الحاجة.

3ـ تدرج الأهداف والأنشطة من الأسهل إلى الأصعب.

4ـ عرض النشاط على الطفل وتعديله إذا اقتضى الأمر.

5ـ للتقييم المستمر للخطة الإرشادية.

أولاً ـ أدوات التقييم:

تم الإطلاع على البحوث والدراسات السابقة التي تتعلق بموضوع التوحد عند الأطفال من حيث خصائص ومحكات التعرف على المظاهر السلوكية لهذه الفئة، ومن هذه الدراسات، دراسة مايرز وجريسمان Meyers & Griesman (1986) ودراسة بارون ـ كوهين (Baron&Cohen، 1990).

مقياس مظاهر التوحد :

تقييم القدرات التواصلية والمعرفية ونمو العضلات : ويتم تقييم هذه القدرات عن طريق بعض الألعاب والأنشطة والمهارات، وقياسها على ثلاث درجات :

1ـ أذا نجح في أداء النشاط المعرض، ويكون هذا النشاط في خانة الأنشطة التي يستطيع أداؤها.

2ـ إنه يظهر بداية نجاح ولو بنسبة قليلة في أداء النشاط المعروض، ويعني ذلك أن هذا النوع من الأنشطة بحاجة إلى تدريب.

3ـ إنه لا يظهر أية معرفة في أداء النشاط المعروض. وبالتالي لا يدخل هذا النشاط في البرنامج.

قياس مستوى التواصل : ويتم ذلك عن طريق :

أـ قياس القدرة على التعبير لفظياً وإيمائياً وجسدياً : ويتم ذلك عن طريق الربط بين الضحك والموقف المصاحب، وملاحظة تسجيل إذا كان ينطق أية حروف معينة وكيف يتم نطقها أو إذا كان يقلد أصوات معينة كأصوات الحيوانات. أو إذا كان ينطق بكلمة واحدة لطلب شيء معين (أكل، شرب، حمام)، أو إذا كان يستخدم لغة التعبير الجسدي (إيماءات وإشارات)، يستطيع أن يركب كلمتين للتواصل (أريد ماء)، ويستعمل الضمائر (أنا، أنت، هو)، يذكر اسمه أو اسم والده.

ب ـ قياس القدرة على الإدراك والفهم: ويتم ذلك عن طريق ملاحظة الطفل التوحدي فيما إذا كان يتبع تعليمات بسيطة أو أنه يتبع أكثر من أمر في آن واحد. أو يستجيب لنداء اسمه، ويحضر عندما يستدعيه المرشد، وأن يعرف كلمة الآن، بعد قليل، وغداً.

ج ـ قياس القدرة على التعبير عن الذات والاعتماد عليها: لقياس هذه المهارة لابد من ملاحظة مايلي:

1ـ نظام الطعام: هل يأكل بمفرده، ويستعمل أدوات الطعام (ملعقة، شوكة، سكين، صحن).

2ـ نظام اللباس: هل يرتدي ويخلع ملابسه لوحده (الكنزة، البنطال، الجوارب، الملابس الداخلية).

3ـ النظافة الشخصية: غسيل الأيدي، والوجه، والشعر وتمشيطه.

4ـ التحكم بالفضلات: التحكم بالتبرز، التبول، النظافة بعد استخدام المرحاض.

قياس نمو العضلات:

لقياس نمو العضلات يجب التركيز على مايلي:

ـ الإمساك والتقاط الأشياء بيد واحدة أو بكلتا اليدين.

ـ أنشطة تمزيق الورق وشك الخرز بأحجام عدة.

ـ اللعب بألعاب التركيب المختلفة.

ـ طوي وتقليب صفحات الكتاب.

ـ الكتابة والرسم على الورقة.

ـ استعمال المقص وأدوات الأشغال اليدوية.

ـ صعود ونزول السلم، ألعاب القفز.

ـ قياس النمو الاجتماعي، ويشمل:

ـ مدى استجابة للأطفال الآخرين واللعب معهم.

ـ مدى استجابته للأشخاص المألوفين لديه.

ـ مشاركته في مساعدة الآخرين في الأعمال المنزلية.

ـ مدى قدرته على انتظار الدور والاشتراك مع الآخرين في لعبة واحدة أو نشاط واحد.

قياس القدرات المعرفية، ويشمل:

ـ مطابقة أزواج من الأشياء التي تتماشى معاً. (الصور، والأشكال، والألوان)

ـ فرز وتصنيف أشياء عديدة في مجموعات حسب النوع والشكل والحجم.

- وضع الأشياء بالترتيب حسب الحجم، الوزن، السماكة.
- كتابة الأعداد على نقط.
- القيام بعمليات جمع وطرح بسيطة.
- معرفة قيمة العملات المعدنية والأوراق النقدية.
- معرفة الوقت فيما إذا كان صباحاً أم ظهراً أو ليلاً.

قياس المشكلات السلوكية، ويشمل:

- وصف السلوك المراد تحديده وقياسه.
- تحديد مكان وزمان ظهور السلوك.
- هل حدث السلوك عندما منع الطفل من عمل شيء ما يريد عمله.
- هل حدث السلوك عندما شعر الطفل بعدم الاهتمام من الأشخاص المحيطين به.
- هل حدث السلوك لطلب الطفل شيء ما.

وضع الأهداف واختيار الأنشطة المناسبة:

إن وضع الأهداف المراد تحقيقها عن طريق اختيار الأنشطة التي يمكن أن يتدرب عليها الطفل في ضوء تقييم الكفاءات والقدرات التي جمعها المرشد عند تشخيص المشكلة.

ولاختيار المرشد للأهداف التي يرغب بتحقيقها من خلال اختيار الأنشطة المناسبة لابد من وضع الهدف العام أولاً ثم تحته الأهداف الخاصة التي تتحول إلى أهداف سلوكية قابلة للقياس والملاحظة من خلال استخدام الأنشطة المناسبة. ونقدم هنا مثالاً مبسطاً حول كيفية وضع الأهداف العامة والخاصة، واختيار النشاط الذي نريده.

لنقل، إننا نريد تدريب الطفل على الكتابة، وهذه المهمة لا تتحقق إلاّ بعد تدريبه على مسك القلم واكتساب المهارات الحركية الدقيقة والتي تساعده على إنجاز هذا العمل.

الهدف العام:

أن يتمكن الطفل من اكتساب المهارات الحركية الدقيقة وغيرها من الحركات التي تساعده على التمكن من الكتابة.

الأهداف الخاصة:

- أن يتمكن الطفل من الإمساك بالقلم بطريقة صحيحة، ويتمكن من الخربشة على الورقة.
- أن يتمكن الطفل من اتخاذ الوضعية السليمة للكتابة.
- أن يتمكن من رسم الأعداد.
- أن يتمكن من كتابة بعض الحروف الأبجدية.
- أن يتمكن من كتابة اسمه.

ويندرج تحت بند اكتساب المهارات الحركية الدقيقة ومهارات الكتابة مئات الأهداف الخاصة التي يمكن من خلالها اختيار النشاط الذي يريد المرشد تحقيقه وفقاً لقدرات الطفل.

وتنطبق هذه الطريقة على جميع المهارات التي تم ذكرها سابقاً، ومنها التواصل، والمهارات المعرفية والذاتية والاجتماعية والمهنية، وتنمية العضلات والمشكلات السلوكية.

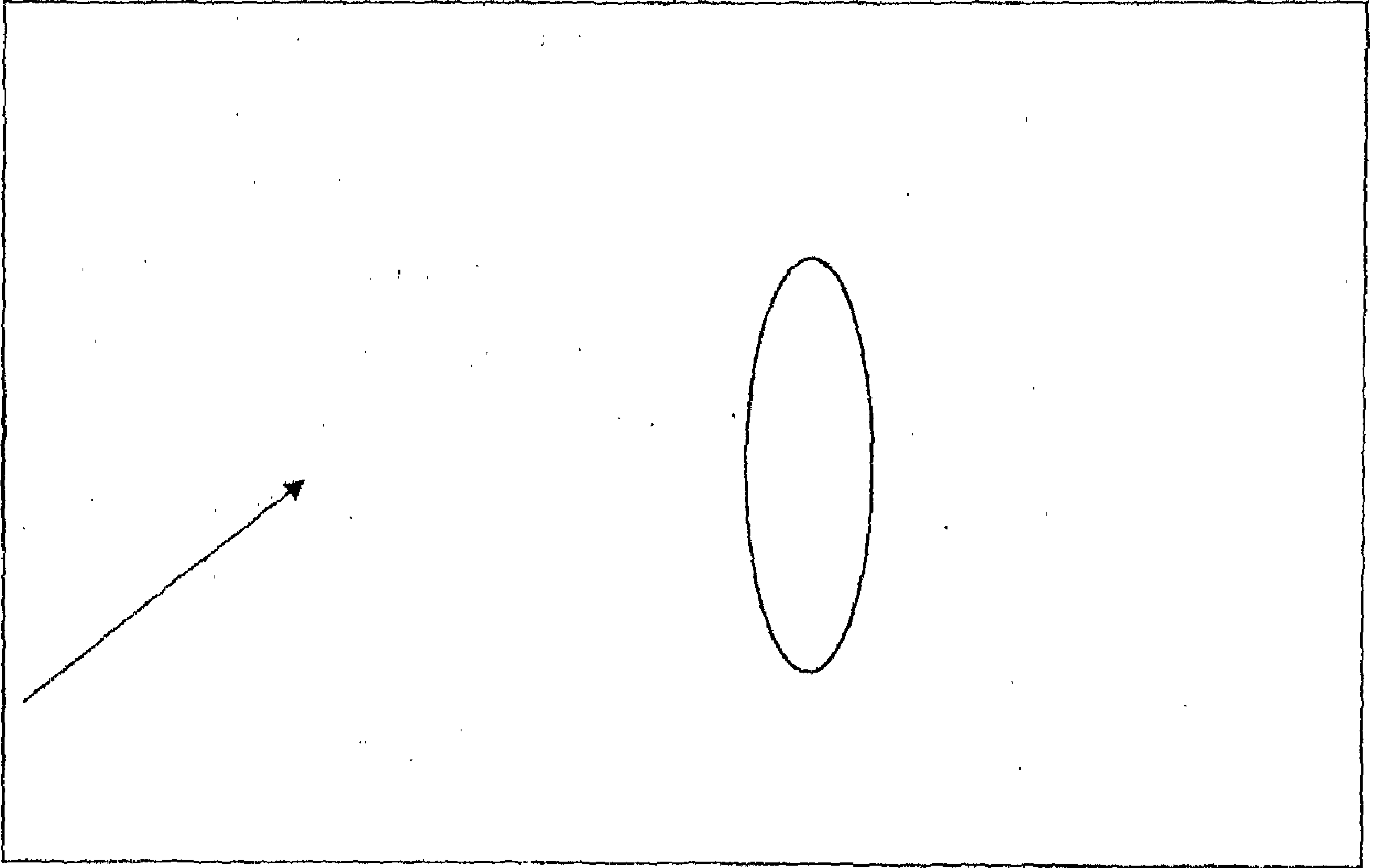
تحليل وتدرج الأهداف الخاصة من الأسهل إلى الأصعب:

فإذا رغب المرشد تدريب الطفل (س) على كتابة اسمه الذي بدا في تقييم القدرة والكفاءة أنه قادر على القيام بها بنجاح من خلال رسم بعض الخطوط أو الأحرف على تنقيط سابق. فهنا، من الضروري البدء بخطوات سهلة ثم صعبة، مثال ذلك:

- أن يقوم الطفل برسم خطوط مستقيمة متتبعاً للنقاط، مع مساعدته بمسك اليد وتحريكها، مع إعطائه تعليمات لفظية.

- أن يقوم بعمل نموذج، حيث يقوم المرشد بتنفيذ الخطة المطلوبة، ويعود ويطلب من الطفل تنفيذها، مع إعطاء تعليمات لفظية.

ويمكن إتباع التسلسل نفسه مع أنواع المساعدة المختلفة (الجسدية، نموذج، إشارة، لفظية، اعتمادية لأنواع كثيرة من الخطوط التي تمكنه من إجادة مسك القلم والتحكم بحركات اليد. ومن هذه الخطوط:



عرض النشاط على الطفل وتعديله إذا اقتضى الأمر:

بعد تحليل الأهداف الخاصة (الأنشطة، لعرضها على الطفل) وإذا كان تقييم قدرة وكفاءة الطفل قد تم قياسها بشكل صحيح، فإنه بحاجة إلى عشرة جلسات عمل لإنجاز كل خطوة من هذه الخطوات، فإذا قلنا أن الطفل (س) يقوم برسم خط مستقيم متتبعاً للنقط.......... مع المساعدة الجسدية. فمن المفروض بعد عشر جلسات عمل أن ننتقل إلى نوع آخر من المساعدة، وهي المساعدة بنموذج حسب تحليل نشاط الطفل (س).

وإذا رأى المرشد أن هناك صعوبة في اجتياز هذه الخطوة بعشر جلسات، فهذا يعني أن هناك خطأ في تقييم قدرة الطفل على القيام بهذا العمل، وبالتالي عليه وضع تحليل للنشاط بأسلوب أسهل كتقليل مساحة النقط.......... أو إعطاء خطوات مسك القلم والخربشة (شلبي،117،2002،127).

تقييم الخطة:

بعد الانتهاء من النشاطات والتدريبات المختلفة التي قام بها الطفل الذاتوي لا بد من تقييم عمله، وذلك لمعرفة مدى استفادته من البرنامج، ويتم ذلك من خلال تحديد مستوى الأداء الحالي ومقارنته بأدائه قبل التدريب. فإذا أدرك المرشد أن الطفل لم يصل إلى مستوى الأداء المطلوب، فيبغي على المرشد وضع جلسات إضافية داعمة حتى يتمكن الطفل من أداء المهمة المطلوبة بنجاح.

وبعد ذلك يتم متابعة البرنامج في ضوء الخطة العلاجية التي ذكرناها سابقاً.

التعليم الموجه للمجموعة الأطفال:

وفي هذا الجانب يركز المرشد النفسي على عملية دمج الأطفال ذوي اضطراب التوحد في فصل دراسي مع الأطفال العاديين، وتعليمهم المهارات والأنشطة التي نوهنا إليها سابقاً. وتتيح عملية الدمج هذه للأطفال ذوي التوحد الاختلاط مع أطفال آخرين دون أن يمثل ذلك ضغطاً عليهم بشرط حصول هؤلاء الأطفال على مناهج تكميلية في المدارس العامة.

ويقدّر المرشد النفسي زمن وعدد الجلسات التي يتم فيها دمج هؤلاء الأطفال مع الأطفال العاديين، وذلك بناء على الاحتياجات اللازمة لهم سواء أكانت معرفية أم اجتماعية أو سلوكية.

تعليم الأطفال الأنشطة الروتينية:

وفي هذه المرحلة يتم تعليم وتدريب هؤلاء الأطفال على الأعمال الروتينية اليومية من خلال جدول الأنشطة اليومية الذي يتضمن مايلي:

أ ـ ارتداء وخلع الملابس:

والهدف من هذه المهارة هو تنمية ثقة الطفل بنفسه واعتماده عليها في ارتداء وخلع الملابس بدلاً من الاعتماد كلياً على الآخرين، وهذا بدوره يساعد في خفض مستوى القلق للطفل الناجم عن شعوره بأنه اعتمادي لا يستطيع العيش بمفرده بعيداً عن مساعدة الآخرين.

تحليل المهارة	إرتداء وخلع الملابس	ارتداء وخلع البطال	لبس الجوارب	لبس الحذاء
	إدخال الرأس والرقبة في البلوزة	إدخال رجل الطفل اليمنى في حجل البنطلون اليمنى	إدخال رجل الطفل في الفردة الأولى من الجوارب	إدخال رجل الطفل اليمنى في الفردة الأولى من الحذاء.
	إدخال الذراع الأيمن في كم القميص الأيمن	إدخال رجل الطفل اليسرى في حجل البنطلون اليسرى	إدخال رجل الطفل في الفردة الثانية من الجوارب.	إدخال رجل الطفل اليسرى في الفردة الثانية من الحذاء.
	إدخال الذراع الأيسر في كم القميص الأيسر	سحب البنطال للأعلى	سحب الجورب في الرجل اليمنى إلى الأعلى	تربيط أزرار الحذاء الأيمن
	سحب البلوزة للأسفل	قفل السحاب وربط الأزرار	سحب الجورب في الرجل اليمنى إلى الأعلى	تربيط أزرار الحذاء الأيسر
	يتبع الترتيب العكسي في خلع القميص	يتبع الترتيب العكسي في خلع البطال	يتبع الترتيب العكسي في خلع الجوارب	يتبع الترتيب العكسي في خلع الحذاء

ب ـ زيادة مدة الانتباه:

الهدف من هذا التمرين هو تنمية مدى انتباه الطفل بحيث يستطيع التركيز لأطول فترة زمنية ممكنة حسب قدراته، حتى يتمكن أن يستفيد من العناصر الأخرى المكونة للبرنامج التدريبي من جهة، والاستفادة من الخبرات التي تأتي من المحيطين والتي يمكن أن يستفيد منها في الأمور الحياتية.

تحليل المهارة:

1. يجلس الطفل على كرسي صغير.

2. يجلس المرشد على كرسي آخر في مواجهة الطفل.

3. يقول المرشد للطفل أنظر إلي، وكلما تحول انتباه الطفل لشيئ آخر من المثيرات البيئية الأخرى، ويكرر المرشد قوله للطفل انظر إلي.

4. يتم تدريب الطفل في جلسات مدة الجلسة الواحدة نصف ساعة.

تقليل مستويات النشاط غير الهادف بالتدريب الصارم: ويتم ذلك من خلال

الأنشطة الرياضية:

تمثل التربية البدنية دعامة أساسية في هذا البرنامج، حيث إن ممارسة التمرينات الرياضية تؤدي إلى تقليل مشاعر القلق والميل العدواني لدى الأطفال المتوحدين، وتؤهل الطفل إلى تعديل سلوكه للمثيرات الخارجية، وتقلل فترات الأرق، وتساعده على القوة الجسدية.

كما تهدف هذه أنشطة رياضية في مجملها إلى تفريغ الطاقة الكامنة لدى الطفل في الأنشطة الرياضية المختلفة، وهذا يؤدي إلى خفض النشاط الحركي المفرط لدى الطفل من جهة، وتنمية علاقات الطفل الاجتماعية مع المحيطين به من خلال المشاركة والتفاعل في هذه الأنشطة من جهة أخرى، وهذه الأنشطة هي:

أ - الجري لمسافة محددة:

ب - تحليل المهارة:

1. يحدد المرشد نقطة الانطلاق، ونقطة النهاية، والتي تكون على شكل خط مستقيم لكل منهما، بحيث يقف المرشد ومعه صفارة عند نقطة البداية، ويقف المعلم في نقطة النهاية لتحديد الطفل الفائز الذي يصل أولاً إلى خط النهاية.

2. يقف الأطفال على شكل مستقيم فوق نقطة الانطلاق، ويطلق المرشد الصفارة معلناً بدء السباق.

3ـ يجري الأطفال متجهين إلى خط نقطة النهاية، والطفل الذي يصل أولاً هو الفائز، ويكافئه المرشد بقطعة حلوى.

ب ـ لعبة الكرسي:

تحليل المهارة:

1ـ يحضر المرشد عدد من الكراسي بحيث يكون عددها (1 0)، ويضعهم في شكل دائرة.

2ـ يمسك المرشد الصفارة ويجعل الأطفال يدورون حول الكراسي مهرولين.

3ـ بعد دقيقتين يطلق المرشد الصفارة، ويطلب من الأطفال الجلوس بسرعة على الكرسي.

4ـ الطفل الذي لا يجد كرسي يخرج من اللعبة، ويخرج معه المرشد الكرسي.

5ـ تستمر اللعبة حتى لا يبقى سوى كرسي واحد وطفلين، والطفل الذي يجلس على الكرسي الأخير هو الفائز، ويكافئه المعلم بقطعة حلوى.

ج ـ لعبة الدوائر الملونة:

تحليل المهارة:

1ـ وهي تشبه لعبة الكراسي غير أن المرشد يستبدل الكرسي بقطع من الخشب سمك القطعة سنتيمتر واحد.

2ـ يطلب المرشد من الطفل الوقوف على الدائرة بدلاً من الجلوس على الكرسي الذي اتبع في اللعبة السابقة.

3ـ تستمر اللعبة حتى لا يبقى سوى دائرة واحدة وطفلين، والطفل الذي يقف على الدائرة الأخيرة هو الفائز، ويكافئه المرشد بقطعة حلوى (بدر: 1998، 440).

ويجب التنويه هنا أن ممارسة الأنشطة الرياضية الفردية والجماعية يمكن أن يؤديها الأطفال خلال الفترة الصباحية والفترة المسائية وبإشراف المرشد والمعلم.

الأنشطة اليومية:

في الصباح:

ـ الدخول إلى الحمام والخروج منه من دون مشكلات.

ـ غسل اليدين والوجه بالماء والصابون.

ـ تنشيف اليدين والوجه بالمنشفة.

ـ تناول وجبة الإفطار.

- ارتداء ملابس المدرسة.

- ركوب باص المدرسة.

- بعد الظهر:

- العودة إلى المنزل أو القسم الداخلي للمدرسة أو المركز.

- تناول الغداء.

- التعاون في رفع مادة الطعام وتنظيف المكان.

- الذهاب للراحة بعض الوقت.

- في المساء:

- تنظيف الغرفة.

- خلع الملابس، وارتداء ملابس النوم.

- الحمام قبل النوم.

وبعد أن ينتهي المرشد من تعليم الأطفال الأنشطة اليومية، يخبرهم عن البرنامج الخاص لليوم التالي، وعادة ما تكون الأنشطة أكثر في عطلة الأسبوع، حيث تتضمن زيارة الحدائق العامة، وممارسة ألوان من الأنشطة الرياضية والترفيهية وألعاب الكمبيوتر وغير من الأنشطة المحببة للأطفال.

التعلم بالتقليد:

الموسيقى والرسم:

يهدف التدريب على هذه المهارة على تطوير ونمو القدرات الذهنية للأطفال التوحديين من خلال تعلم اللغويات والحساب والعلوم الاجتماعية، مع الاهتمام بميول الأطفال وإتاحة الفرص لهم لممارسة الهويات مثل الموسيقى أو الرسم والأنشطة الأخرى في بيئة اجتماعية تشجع على الاختلاط والتفاعل الاجتماعي وتنمي المهارات الاجتماعية.

ويفضل عند ممارسة هذه الهوايات والأنشطة الاجتماعية على أن يشرك المرشد النفسي كل من الأمهات والآباء والمدرسين كأعضاء في هذه الأنشطة، ويتم تعليم هذه الأنشطة في الغالب في المسرح الخاص بالمدرسة أو مسرح عام خارج المدرسة أو المركز الإرشادي التعليمي لهؤلاء الأطفال بهدف دمجهم مع الأطفال العاديين.

أما الأدوات التي يمكن أن يستخدمها لتنمية هذه النشاطات والهوايات:

- العود، القيثار، الطبل، الناي،أو أية آلة موسيقية تتناسب مع اهتمامات الأطفال.

التقويم النهائي لأثر البرنامج :

بعد انتهاء المرشد النفسي والمعلم من تطبيق البرنامج العلاجي بجلساته التي تطول أو تقصر بناء على حاجة هؤلاء الأطفال لتنمية تلك المهارات والقدرات والأنشطة التي ينبغي أن يتعلمها كل طفل في المجموعة الإرشادية، يقوم المرشد بالتأكد من إتقان هؤلاء الأطفال تلك المهارات والأنشطة والتفاعلات الاجتماعية والقدرات العقلية والمعرفية. وعند هذا الحد تنتهي الجلسات الإرشادية لأعضاء المجموعة، وإذا تبين أن هناك حالات فردية لم تصل إلى المستوى المطلوب من تعلم المهارة أو النشاط يتم تطبيق برنامج فردي إضافي لتنمية تلك الجوانب.

ونقدم في نهاية البرنامج بعض الأمثلة لتقييم أداء الطفل الذاتوي في اكتساب المهارات، وأهما مايلي :

	النشاط والمهارة	مستوى الأداء	المساعدة	ملاحظات
1	تقليد حركات عامة	قيد الإنجاز	بالايضاح الكلامي	
2	تقليد العمل مع بعض الشياء (المكعبات، الحلقات)		أنجز	
3	تقليد بعض الحروف (با، دا، را)	مقاطع مثل (با، ما، دي، غد) أكثر نطقاً لديه من غيرها	قيد الإنجاز	بتكرار المقاطع أمامه وترديد بعض الكلمات التي تلفت انتباهه
4	تقليد حركات الوجه والفم أمام المرآة	يستجيب بصعوبة	مستمر	

الفصل الخامس
إدارة الضغوط لتنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية لدى الكفيف

مقدمة:

إن ذوي الاحتياجات الخاصة، هم هؤلاء الأشخاص الذين لا يستطيعون الاعتماد على أنفسهم اعتماداً كاملاً، بل يكونون بحاجة إلى المساعدة والدعم والرعاية من الآخرين في تسيير أمور حياتهم اليومية، إلى أن يتم تأهيلهم وتوافقهم مع البيئة الاجتماعية التي يعيشون فيها، ومنهم من يظل في اعتماد على الآخرين طوال حياته (كالشلل الدماغي، والتخلف العقلي الشديد)، ومنهم من يعتمد على نفسه إلى حد ما بعد إعادة تأهيله وتدريبه وتعليمه، ولكنه يظل بحاجة إلى رعاية من نوع خاص كالرعاية الحركية، والرعاية السمعية، والرعاية البصرية.. إلخ. وهذه الفئة من الإعاقة تختلف عن الفئة الأولى في كونها تحتاج إلى اهتمام ومساعدة من نوع خاص كالرعاية النفسية والاجتماعية والتربوية والجسمية، كما تختلف مشكلاتهم وأساليب رعايتهم باختلاف احتياجاتهم، سواء أكانت بصرية أم حركية أو سمعية.

لذلك، يمكن تعريف الشخص المعوّق: " بأنه ذلك الشخص الذي لديه عجزاً أو اضطراب أو نقص جسدي أو حسي أو نفسي، كليٍّ أو جزئي وبشكل دائم، يحده بشكل كبير عن ممارسة واحداً أو أكثر من نشاطات الحياة اليومية" (سلطان: 13،2005)، (الخطيب: 15،2001).

ويبدو من هذا، أن ثمة فرقاً واضحاً بين مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة ومصطلح المعوقين؛ فالمصطلح الأول أوسع وأشمل من المصطلح الثاني، حيث يشير إلى أنواع الإعاقات المختلفة المعروفة (العقلية، الحسية، الحركية، إضافة إلى المتفوقين أو فاقدي الأبوين، أو ذوي صعوبات التعلم. وهذه الفئة لديهم احتياجات خاصة غير عادية تختلف عن احتياجات العاديين. أما المصطلح الإعاقة فيشير إلى الإعاقات الجسمية أو العقلية أو الجسمية أو النفسية، أو العاطفية، والتي تدخل في مصطلح ذوي الاحتياجات الخاصة

كما أن السلوك الاجتماعي لدى الفرد المعاق بصرياً يتأثر بالعديد من العوامل، منها ما هو متصل بالمعاق نفسه، ومنها ما هو متصل بالبيئة الاجتماعية المحيطة به والمتمثلة في أساليب المعاملة الوالدية،

وعلاقة المعاق بأقرانه ومعلميه وأفراد المجتمع عموماً، وهذا مما يخلق شعوراً لديه بالعزلة والانطواء والاغتراب النفسي، وعدم القدرة على التنبؤ بسلوك الآخرين تجاهه (السبيعي: 52،2000).

فمن الأمور الخطيرة التي تزيد من مأساة الإعاقة؛ الإهمال من جانب الوالدين أو القائمين على تربية المعاق وتعليمه إضافة إلى تقصير من جانب المؤسسات الرسمية، فأما ما يتعلق بإهمال الوالدين فإنه يتمثل في عدم اليقظة والوقوف أمام الأمور غير الطبيعية التي قد يلاحظونها على الطفل بعد الولادة، أو ما هو مترسب في عقول الآباء باعتبار أن الإعاقة نوعاً من العار، الذي يجب إخفاؤه وعدم البوح به لأحد أو إظهار الطفل المعاق أمام الآخرين. أما إهمال القائمين على تدريبه وتعليمه وتأهيله؛ فيظهر في عدم الدقة في التشخيص، وعد م الصبر والتسرع في إنهاء البرنامج التدريبي أو العلاجي. أما التقصير من جانب أجهزة الدولة، فيتمثل في عدم وجود أقسام لعلاج أنواع الإعاقات المختلفة في المشافي العامة، كما لا توجد مشافي متخصصة لعلاج وتأهيل حالات الإعاقة بالمجان، نظراً لما يعانيه أهل المعاق من صعوبات مادية في علاج أبناءهم المعاقين (أبو زيد: 11،2003).

وفي ضوء ذلك، سوف نركز على إعاقة واحدة من بين تلك الإعاقات في هذه الورقة البحثية التي تتناول تنمية المهارات الاجتماعية التواصل على المستوى الحسي والحركي والاجتماعي مع ذوي الإعاقة البصرية، على اعتبار أن هذه الإعاقة مع الإعاقة الحركية من أكثر الإعاقات انتشاراً لدى طلبة الجامعة، وأن تنميتهم ورعايتهم الرعاية النفسية والمهارية المناسبة سوف تساعدهم على القيام بأدوارهم الإيجابية على المستوى الاجتماعي والعلمي داخل الجامعة وخارجها، وهذا مما ينعكس إيجاباً على صحتهم النفسية والاجتماعية والأكاديمية.

تعريف الإعاقة البصرية:

إن ظاهرة المكفوفين في العالم قديمة ومعروفة في جميع المجتمعات والحضارات، وقد نظر إليها كل مجتمع نظرة خاصة حسب ظروفه وثقافته. ومن المعروف أيضاً أن هذه الظاهرة مرتبطة بحالة العينين في الفرد ضعفاً أو انعداماً أو مرضاً بأي مرض من أمراض العين (عبد الرحيم: 1997، 49).

وقد تباينت تعريفات الإعاقة البصرية في القواميس والكتب العلمية والتربوية، وذلك للاختلاف في تحديد درجة الإبصار، وعلى الأرضية النظرية، والمدرسة التي ينتمي إليها كل صاحب تعريف حول الإعاقة البصرية. فقد عرفت منظمة العمل الدولية الكفيف بأنه من كانت درجة أبصاره (3/60) على الأكثر في أحسن العينين بعد التصحيح بالعدسات الطبية، أو من كان عاجزاً عن عد أصابع اليد على

بعد ثلاثة أمتار بأحسن العينين بعد التصحيح بالعدسات الطبية، ويعدُ مكفوفاً كذلك من كان مجال البصر لديه لا يزيد عن (20) درجة من قوة أبصاره.

ويعرف الكفيف بحسب التعريف الذي أقرته هيئة اليونسكو التابعة لجمعية الأمم المتحدة بأنه الشخص الذي يعجز على استخدام بصره في الحصول على المعرفة، مع ذلك قد يستطيع الاستفادة من حواسه الأخرى ليحصل على المعرفة، ولهذا كانت تولي الخواس الأخرى أهمية كبيرة في عملية تربية المكفوفين وأهمها حاسة السمع.

ويعرف الزعمط (2000) الكفيف بأنه"كل فرد يعاني من قصور أو عجز في قدرته البصرية، يعيق أداؤه التعليمي أو المهني أو فرص تفاعله مع المثيرات البيئية والاجتماعية ويحد من قدرته على الانتقال (الزعمط: 2000، 219).

الكفيف وحاجته إلى تنمية مهاراته الاجتماعية والتواصلية:

كما هو معروف في أدبيات البحث في مجال المعاقين بصرياً أن هذه الإعاقة قد تسهم في تدني المهارات الاجتماعية لدى المكفوفين وضعاف البصر، ونظراً للأهمية الحيوية لتلك المهارات في إقامة وتعزيز العلاقات الاجتماعية في حياة الإنسان، كان الاهتمام البالغ من قبل الباحثين بدراستها وتنميتها، وذلك من خلال برامج تربوية متكاملة قائمة على أساس من التدريب والأنشطة المختلفة، والتي من شأنها العمل على تحسين التقبل الاجتماعي لهؤلاء المكفوفين من قبل أقرانهم العاديين.

ويشير "يونجرز وجيل" (Youngers&Jill، 1997) إلى أنه يجب وضع برامج وأنشطة لتنمية المهارات الاجتماعية للمعاق بصرياً، وذلك حتى يتمكنوا من تحقيق التوافق المطلوب على المستوى الاجتماعي، كما يجب إرشاد أسر المعاقين والمعلمين ومساعدتهم حول كيفية التواصل معهم، لكي تنمو مهاراتهم الاجتماعية والحركية والحسية بطريقة مقبولة تناسب قدراتهم (عواد وشريت: 2008، 14).

كما تؤثر الإعاقة البصرية في السلوك الاجتماعي للفرد تأثيراً سلبياً، حيث ينشا نتيجة لها الكثير من الصعوبات في عمليات النمو والتفاعل الاجتماعي، وفي اكتساب المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق الاستقلالية والشعور بالاكتفاء الذاتي، وذلك نظراً لعجز المعوق بصرياً أو محدودية مقدرتهم على الحركة، وعدم استطاعتهم ملاحظة سلوك الآخرين وأنشطتهم اليومية، وتعبيرات الوجه، كالسرور والعبوس والتجهم وغيرها مما يعرف "بلغة الجسد"Body Language، وتقليد هذه السلوكيات أو محاكاتها بصرياً والتعلم منها، ونقص خبراتهم والفرص الاجتماعية المتاحة لهم للاحتكاك بالآخرين والاتصال بالعالم الخارجي المحيط بهم، فهم لا يتحركون بالسهولة والمهارة والطلاقة التي يتحرك بها

المبصرون. وقد أشارت العديد من الدراسات في هذا المجال أمثال دراسة: قشقوش (1972)،عبد الخالق (1994)، عبد الرحيم (1969) إلى أن المعوقين بصرياً يغلب أن تسيطر عليهم مشاعر الدونية، والقلق والصراع، وعدم الثقة بالنفس، والشعور بالاغتراب وانعدام الأمان، والإحساس بالفشل، وانخفاض احترام الذات واختلال صورة الجسم، وهم أقل توافقاً من الناحية الاجتماعية، وتقبلاً للآخرين، وشعوراً بالانتماء للمجتمع من المبصرين، كما أنهم أكثر انطواء واستخداماً للحيل الدفاعية في سلوكهم، كالكبت والتبرير والتعويض والانسحاب، كما أنهم أكثر عرضة من المبصرين للاضطرابات الانفعالية (القريطي: 1996،197 - 198).

ويؤكد" سوانسون وويلز" (Swanson&wills 1979)، أن سوء التوافق الشخصي والاجتماعي الذي يعاني منه الكفيف يرجع أساساً إلى حرمانه من الخبرات الحسية والاجتماعية المناسبة، وبالتالي فإن توفير أساليب الرعاية التربوية والاجتماعية لهم جنباً إلى جنب مع أقرانهم العاديين، وعدم عزلهم عن الحياة العادية قد يساعدهم على التخلص من هذه المشكلات (أحمد وشريت،2000،30)

ومن هنا، يبرز دور الإرشاد النفسي والتربوي في تمكين هؤلاء الأفراد من التوافق مع متطلبات الحياة اليومية. وهذا الدور لا يقوم به فرد واحد بل مجموعة من الخبراء والمتخصصين في إعادة تأهيل هذه الفئات بشكل يضمن لهم قدراً من التوافق والصحة النفسية، إضافة إلى الدعم الكامل واللامحدود من أهل المعاق، ومن المعاق نفسه، وتكامل الأدوار هذه في تقديم الخدمة، من المتوقع أن يساعد في نجاح الخدمات الإرشادية والوصول إلى أهدافها المنشودة في تخفيف الآثار الناجمة عن الإعاقة لدى المعاقين بصرياً.

المهارات الاجتماعية:

نستعرض في هذا الجزء تعريف المهارات الاجتماعية، ويلي ذلك أهميتها، ومكوناتها، ثم نعرض لبعض المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة البصرية، وهي التدريب على التنقل وتنمية الحواس الأخرى والتدريب على مهارات الحياة اليومية.

هذا، ويمكن تصنيف التعريفات الخاصة بالمهارات الاجتماعية تبعاً لمدى شيوع المكونات السلوكية، أو المعرفية في التعريف، وبهذا فإن هناك مجموعتين من التعريفات الأولى يغلب عليها الطابع السلوكي، والثانية يغلب عليها الطابع المعرفي.

أ. تعريفات يغلب عليها الطابع السلوكي للمهارات الاجتماعية:

يرى "كوارن" Curran ضرورة استبعاد العوامل المعرفية من تعريف المهارة بحيث تصبح قاصرة على الجوانب السلوكية والتي يسهل ملاحظتها وقياسها (في شوقي، 2002: 42).

ويعرف "كومبس وسلابي" Combs & Slaby المهارات الاجتماعية "بأنها القدرة على التفاعل مع الآخرين في بيئة اجتماعية معينة وبطرق اجتماعية مقبولة وذات قيمة تعود بالنفع على صاحبها والآخرين، أو تحقق النفع لكلا الطرفين. ويركز هذا التعريف على السلوكيات الإيجابية والتي تكون على الأقل مقبولة طبقاً للمعايير الاجتماعية وغير ضارة للآخرين، وذلك لاستبعاد السلوكيات العدوانية والاستغلالية والخادعة". (Van Hasselt et al، 1979: 415)

وأوضح "رين وماركل" Markle& Rinn أن المهارات الاجتماعية هي مجمل السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي يؤثر بها الأفراد على استجابات الآخرين (الرفاق، الأداء، الأشقاء، والمعلمين) في المواقف البين شخصية والتي يحصل بموجبها على نواتج مرغوبة ويتجنب النتائج غير المرغوبة، وقد قدم "رين وماركل" وصفاً مفصلاً لتلك السلوكيات يتضمن الآتي:

(1) التعبير عن الذات (التعبير عن الأداء، والمشاعر، والإطراء، والمجاملة).

(2) تحسين صورة الآخر وتشجيعه (تقدير قيمة أدائه ومدحه).

(3) المهارات التوكيدية (التقدم بمطالب، وإظهار عدم الاتفاق، ورفض لمطالب غير المعقولة).

(4) المهارات الاتصالية (المحادثة والإقناع) (Ibid، 416-451).

ب . تعريفات يغلب عليها الطابع المعرفي:

أشار "كولب وماكسويل" (Kolb & Maxwell، 2003) إلى وجود مجموعة من التعريفات للمهارات الاجتماعية يغلب عليها الطابع المعرفي، ومنها تعريف "جينكينز" Jenkins للمهارات الاجتماعية بأنها تتضمن فئتين من المهارات، هما:

- مهارات الإرسال: وتتضمن مهارة الفرد في تقديم التدعيم للآخرين، وحثهم على الاستمرار في التفاعل، وتوضيح موقف الفرد، وتفسير مبررات سلوكه بطريقة مفهومة للآخرين، والإفصاح عن مشاعره نحوهم.

- مهارات الاستقبال: وتحوي مهارات فرعية من قبل طرح تساؤلات للحصول على معلومات دقيقة من الطرف الآخر، والإنصات والفهم الدقيق لما يقوله الآخرين. بينما يرى بريستلي وزملاؤه Priestle et al، أنها تتضمن التعبير عن الذات وإدراكها ومعالجة المواقف الاجتماعية والمشكلات التي يواجهها الفرد بصورة ناجحة، وقد قدم "كولب وماكسويل" تعريفاً للمهارات الاجتماعية بأنها مجموعة معقدة

من المهارات مثل التواصل، وحل المشكلات، واتخاذ القرار، والتوكيدية، والتفاعل مع الرفاق، والتحكم الذاتي وهي مهارات هامة لتسهيل التفاعلات الاجتماعية الإيجابية مع الرفاق والمعلمين وأعضاء المجتمع. (2003: 163، Kolb & Maxwell)

وقد قدم "ميشيلسون وآخرون" Michelson et al، 1983)) تعريفاً قاموا بتجميعه من عدة تعريفات على النحو التالي:

1- تكتسب المهارات الاجتماعية من خلال التعلم والاكتساب (مثل الملاحظة، النمذجة، التكرار والتدريب، والتغذية الراجعة).

2- تتكون المهارات الاجتماعية من مكونات لفظية وغير لفظية.

3- تستلزم المهارات الاجتماعية مجموعة من الاستجابات والمبررات الفعّالة والمناسبة.

4- المهارات الاجتماعية تفاعلية بطبيعتها interactive وتستلزم استجابات فعالة ومناسبة.

5- تتأثر المهارات الاجتماعية بخصائص الأفراد الموجودين في الموقف الاجتماعي ومن هذه الخصائص العمر، الجنس، المكانة الاجتماعية للفرد، المستقبل وتأثيره على الأداء الاجتماعي للفرد.

6- مواطن القصور في الأداء الاجتماعي يمكن تحديدها وعمل برامج إرشادية لعلاجها.

7- تزيد المهارات الاجتماعية من التعزيز الاجتماعي.

(1999: 430، Smyth & Wodarski، Moote)

ويعرف "هارون" (1996) المهارات الاجتماعية بأنها تلك القدرات الخاصة التي تجعل الفرد قادراً على الأداء بكفاءة في الأعمال الاجتماعية المتمثلة بتبادل العلاقات الشخصية مع الآخرين، وأداء الأعمال من خلال المواقف المختلفة (هارون: 1996، 76).

أما بالنسبة للمهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة البصرية فقدم " يوسف" (1998) تعريفاً لها إذ يعرفها بأنها " مجموعة أنماط السلوك اللفظية وغير اللفظية التي تمكّن الطفل من ذوي الإعاقة البصرية من القدرة علي تحقيق التفاعل الاجتماعي الإيجابي مع الآخرين وأدائه السلوك الذي يضمن له حقوقه ومتطلباته دون إلحاق الضرر بحقوق الآخرين ".

ويعرف "فاجنر" (2004: 713، Wagner) المهارات الاجتماعية لدى المعاقين بصرياً بأنها تلك المهارات التي تساعدهم على مواجهة التحديات في أنشطة الحياة اليومية ومهارات التوجه والتنقل والتفاعل مع الآخرين.

ويبدو من هذه التعريفات للمهارات الاجتماعية أن للمهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة البصرية هي : " مجموعة من أنماط السلوكيات اللفظية وغير اللفظية والاستقلالية التي تمكّن المعاق بصرياً من القدرة على تحقيق التفاعل الاجتماعي الإيجابي مع الآخرين في البيئة الاجتماعية ".

هذا، وتتمثل المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة البصرية في الآتي :

أ ـ مهارات التواصل مع الآخرين : وذلك من خلال إقامة علاقات اجتماعية ناجحة معهم وشعورهم بالرضا والسعادة حيال ذلك.

ب ـ مهارات التفاعل الاجتماعي : وتتمثل في قدرة الفرد على معرفة كل ما يدور حوله من أحداث اجتماعية.

ج ـ مهارات المشاركة الاجتماعية : وتعني قدرة الفرد على المشاركة مع الآخرين والتعامل معهم في أثناء ممارسة الهويات والأنشطة المختلفة.

ونتيجة لذلك، تؤدي الإعاقة البصرية باعتبارها الحرمان الأسوأ بالنسبة للإنسان نتيجة للدور الهام الذي تلعبه من بين الحواس الأخرى ـ إلى تأثيرات سلبية على مفهوم الفرد لذاته، وعلى صحته النفسية، نتيجة لشعوره بالدونية والعجز والإحباط والتوتر، وفقدان الشعور بالطمأنينة والأمن، ونتيجة لآثار الاتجاهات الاجتماعية السالبة، كالإشفاق والحماية الزائدة، والتجاهل والإهمال، مما يسهم في تصاعد شعورهم بالعجز والقصور والتباين عن الآخرين.

وتشير كتسفورث (Cutsfort، 1951) إلى أنه بالرغم من أن العمى قد يجعل الحياة أكثر صعوبة، فإن حقيقة فقد البصر في حد ذاتها ـ كحالة جسمية ـ لا تفسر ما يلقاه المعوق بصرياً من صعوبات جسمية واجتماعية ونفسية، وذلك لأن العامل الأكبر أهمية يكمن في الفرد ذاته، وفي علاقاته بالمجتمع واتجاهاته نحوه (القريطي، 1996، 176).

لذلك، فالطفل المعاق بصرياً منذ ولادته قد لا يعاني من مشاعر الحرمان، اللهم إلاّ ما يتعرض له في علاقاته الاجتماعية في أثناء تفاعله مع العاديين، وقد يرجع ذلك إلى :

أ ـ ملاحظة مشاعر الآخرين وفهمها.

ب ـ المسايرة غير اللفظية في أثناء الحديث مع الآخرين.

ج ـ البدء بالمبادرة بالابتسام أو التحية.

د ـ التواجد الذاتي، وتعني القدرة على إرسال إيماءات لشخص آخر.

هـ ترتيب الإيماءات اللفظية وغير اللفظية بشكل معين للحصول على نتائج إيجابية في أثناء المواقف التي يمر بها المعاق بصرياً (Philip،2000، 3-1) (أحمد وشريت،2007، 23).

أهمية المهارات الاجتماعية:

- تعدُ المهارات الاجتماعية عاملاً هاماً في تحقيق التفاعل الاجتماعي، كما تعد شرطاً من شروط الصحة النفسية والتبادل الإيجابي بين الكفيف والآخرين (يوسف: 1998: 52).
- تزداد أهمية المهارات الاجتماعية في مرحلة المراهقة وذلك نتيجة اتساع دائرة المراهقين الاجتماعية، وتزداد رغبة المراهق في هذه المرحلة في الاندماج في مجموعة من الأصدقاء تكون العلاقة بينهم وثيقة وحميمة (كفافي: 1997: 472).
- يرتبط القصور في المهارات الاجتماعية خاصة المتعلقة بتقبل الأقران بالعديد من العوامل التي قد تؤدي بالفرد إلى تطوير أنماط من السلوك العدواني والمضاد للمجتمع (Caldereila & Merrel، 1997: 226)، كما ترتبط بالعديد من المشكلات النفسية والسلوكية والاجتماعية مثل الاكتئاب (شوقي، 2002: 19) الانحراف الاجتماعي، جنوح الأحداث، الانسحاب من المواقف الاجتماعية، الاعتمادية الشديدة على أفراد الأسرة، القلق من التفاعلات الاجتماعية (Van Hasselt et al.، 1979: 413) (Gresham،1981: 121)
- أشارت العديد من الدراسات مثل دراسات كل من: Gresham & Elliot، Clark ، 1991، 1984 ; walker et al، 1984 ; Swartz & Walker، Gresham، 1985; Reschly إلى أن المهارات الاجتماعية تعد أحد المنبئات بالتحصيل الأكاديمي، حيث أوضحت هذه الدراسات أن المهارات الاجتماعية كانت أقوى المنبئات بالتحصيل الدراسي، التوافق الدراسي، والصحة النفسية في الثلاثة أعوام اللاحقة (Meisels et al،1996: 6).
- تزداد أهمية المهارات الاجتماعية لذوي الإعاقات، إذ تساعد الفرد في تنمية علاقات إيجابية وقوية مع الرفاق، وتحقيق في المدرسة، وبدء عملية استكشاف أدوار الراشدين، كما تدعم المهارات الاجتماعية النمو الإيجابي للعلاقات الناجحة مع البالغين والراشدين من حوله في الأسرة والرفاق (Bremer & Smith، 2004: 1).
- كما تزداد أهمية المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقات بشكل عام وذوي الإعاقة البصرية بشكل خاص، إذ تعد عاملاً مهماً في تحقيق النجاح في فصول العاديين لأنها تضمن التفاعل الناجح مع الأقران، وتسهم في تحقيق التقبل الاجتماعي (Bishop،495 :1985) وكذا النجاح الأكاديمي

(Raver - Lampman، 70 :1990)، كما أن هناك علاقة قوية بين المهارات الاجتماعية ومفهوم الذات الإيجابي وتقدير الذات وتقبل الإعاقة (Wagner، 709 :2004).

تنمية المهارات الاجتماعية للمكفوفين:

يمثل المعاقون بصرياً مجموعة متنوعة من الحالات الخاصة، وهم يحتاجون إلى نوعيات خاصة من البرامج وأساليب المساعدة لمعاونتهم على النجاح في حياتهم اليومية، وذلك من خلال استخدام أجهزة ومعينات بصرية، واستخدام تكنولوجيا الوسائط المتعددة، إضافة إلى الاستفادة من البيئة المحيطة بهم. ولكونهم يجدون صعوبة في التواصل غير اللفظي مع الآخرين، فإن الغاية الأساسية لكل مرشد نفسي هي تدريبهم على مهارات الإصغاء والمحادثة الاجتماعية، لتحسين مهارات التواصل مع الآخرين، وبالتالي تحقيق درجة مناسبة من التوافق الاجتماعي لديهم مع الآخرين (القريوتي، 1995، 206).

فتنمية المهارات لدى الكفيف تعني الرعاية الاجتماعية، بحيث تمكّنه من تفعيل القدرات الحسية الأخرى التي تساعده على التوافق مع محيطه الاجتماعي.

ومن العوامل التي تسهم في تنمية المهارات الاجتماعية لدى المعاقين بصرياً التدريب على الأنشطة الحياتية المختلفة، خاصة فيما يتعلق بالعناية بالذات، والتواصل مع الآخرين، والتنقل في البيئة. ويذكر "هاتلين وفيل" (Hatlen&Phil، 1996، 32-25) أن مناهج المعاقين بصرياً يجب أن تشمل على المكونات التالية: المهارات الأكاديمية التعويضية، وموجهات حركية، ومهارات التفاعل الاجتماعي، والاعتماد على الذات، ومهارات قضاء وقت الفراغ، إضافة إلى مهارات سرعة التعلم واستخدام التكنولوجيا.

كما أشارت العديد من الدراسات، مثل دراسة "سوكس" (socks، 1987) ودراسة "بيكارد" (pickard، 1994)، ودراسة "مار وسال" (Mar&Sall.1995) إلى ضرورة تنمية التواصل الفعال لدى المعاقين بصرياً من خلال القيام بالإجراءات التالية:

1. استخدام استراتيجيات العزيز العامة لتنمية المهارات الاجتماعية لدى المعاقين بصرياً.
2. تكوين العلاقات الاجتماعية والشبكات الاجتماعية عبر البيئات التعليمية المختلفة، وزيادة المعرفة بالمهارات الاجتماعية ومهارات التواصل وإعطاء زمن للتفاعل الاجتماعي في المدرسة والجامعة والمنزل والبيئة الاجتماعية.
3. التدريب على التواصل والسلوك الإيجابي.
4. برامج نمائية بغرض الدعم الاجتماعي والأسري لأبنائهم المعاقين بصرياً.

5. مهارات تدعيم الاستقلالية والاعتماد على الذات والتواصل والتفاعل الاجتماعي.

6. مهارات حماية الذات وتعزيز السلوك الإيجابي.

كما أشارت تلك الدراسات إلى أهمية الاعتماد على الأنشطة التربوية المتنوعة في تنمية المهارات الاجتماعية التواصلية لدى المعاق بصرياً، وزيادة توافقه مع أفراد المجتمع واندماجهم معه، وبالتالي زيادة ثقته بنفسه مع ضرورة الاستفادة من النشطة المحببة المناسبة لقدرات المعاقين بصرياً، والاستفادة من الخدمات والموارد المتاحة في البيئة الاجتماعية والطبيعية المحيطة بهم.

مكونات المهارات الاجتماعية:

بالنظر إلى التعريفات المتعددة التي تناولت مفهوم المهارات الاجتماعية يلاحظ أنها تتضمن عدداً من المكونات المختلفة، وقد تعددت تصنيفات العلماء لمكونات المهارات الاجتماعية تبعاً لتعدد هذه التعريفات.

وقد قدم "لور ويونيس" (Lorr & Youniss، 1991: 506-520) تصنيفاً لمكونات المهارات الاجتماعية على النحو التالي:

1- التوكيدية الاجتماعية: Social Assertiveness وتتضمن القدرة على بدء، استمرار، وإنهاء المحادثات مع الآخرين بما فيها القدرة على إقامة صداقات جديدة مع الغرباء.

2- الدفاع عن الحقوق: The Defense of Rights ويقصد به القدرة على الدفاع عن حقوق الفرد ورفض المطالب غير المعقولة أو غير العادلة للآخرين أو التي تتضمن إهدار بعض حقوق الفرد.

3- التوجيهية: Directiveness ويقصد بها القدرة على تحمل المسؤولية، وتوجيه أنشطة الآخرين والتأثير فيهم. ويظهر هؤلاء الأفراد كقواد.

4- التعبير عن المشاعر الإيجابية: (Positive Feeling Expression) ويقصد بها القدرة على التعبير عن المشاعر الإيجابية تجاه الآخرين.

5- الثقة بالنفس: (Confidnce) ويقصد بها الإيمان بقدرة الفرد على النجاح في أداء المهام المختلفة.

6- التعاطف: (Empathy) ويقصد بها القدرة على الإحساس بمشاعر الآخرين ووضع نفسه موضعهم والاستجابة لهذه المشاعر بمحاولة المساعدة.

بعض المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة البصرية:

يلعب البصر دوراً هاماً في تنمية التفاعلات الاجتماعية والسلوكيات الاجتماعية من عدة جوانب:

• يمدنا البصر بوسائل فعالة للتمييز بين الآخرين. وبالرغم من أن الحواس الأخرى مثل الشم والسمع واللمس هامة أيضاً في ذلك، إلا أن البصر يبقى أهمها جميعاً وأوثقها وأكثرها موضوعية. ويفتقد الشخص الفاقد للبصر كلية إلى المعلومات حول وجود أو غياب الأفراد ذوي الأهمية بالنسبة له، وهو ما يؤثر على شعوره بالأمان ويؤدي بالتالي إلى تقليص محاولاته لاستكشاف البيئة والتفاعل معها خاصة البيئات الجديدة عليه.

• يتداخل البصر في الكثير من التفاعلات الاجتماعية التي تحدث مع الآخرين. فمن المعروف أن الابتسام يعد إحدى وسائل الطفل للحصول على انتباه وإعجاب الآباء والآخرين ذوي الأهمية. ويبدأ الأطفال ذوي الإعاقة البصرية في إصدار الابتسامات في ذات التوقيت الذي يبدأ فيه الطفل العادي غير أنه نظراً لعدم وجود التعزيز البصري، فإن إصدار الابتسامات تتوقف أو تنحصر. كما أن فاقد البصر تنقصه العديد من وسائل التفاعل الاجتماعي مثل تعبيرات الوجه، الأوضاع الجسدية، وغيرها من الوسائل غير اللفظية.

• يسهل البصر عملية اكتساب العديد من المهارات الاجتماعية الأساسية مثل ارتداء الملابس، تناول الطعام، الاعتناء بالذات. فالطفل المبصر يستخدم قدرته على الإبصار في ملاحظة النماذج التي يقدمها الآخرون له ومراقبة سلوكه عن ذاته (Warren، 196 :1981)

وقد أوضح "فان هاسلت وآخرون" (Van Hasselt et al، 53 :1985) إلى أن العديد من ذوي الإعاقة البصرية يظهرون قصوراً في المهارات الاجتماعية حيث يلاحظ أن العديد منهم معزولون اجتماعياً، ويحصلون على تغذية راجعة اجتماعية غير سليمة لسلوكهم الاجتماعي من بيئاتهم الاجتماعية، وأن الآخرين ينظرون إليهم نظرة سلبية نظراً لإعاقاتهم والانحرافات الجسدية التي يظهرونها والممثلة في السلوكيات النمطية. كما أشار العديد من العاملين معهم أنهم يميلون إلى السلبية والانسحاب من المواقف الاجتماعية وعدم التوكيدية.

وتشير الاستقصاءات المبكرة للمهارات الاجتماعية لذوي الإعاقة البصرية، والتي تعود إلى أكثر من نصف قرن أن ذوي الإعاقة البصرية يظهرون تأخراً واضحاً في التضج الاجتماعي. وقد استخدم "ماكس فيلد وفيجلد" (Maxfield & Fjeld، 1942) مقياس" هوفيلاند "للنضج الاجتماعي، وأظهرت النتائج أن الأطفال المعاقين بصرياً أظهروا تأخراً واضحاً عن أقرانهم المبصرين في النضج الاجتماعي (MCGuinness، 1970)).

وقد أشارت العديد من الدراسات السابقة أن الأفراد ذوي الإعاقة البصرية يعانون من قصور في المهارات الاجتماعية اللفظية Verbal Social Skills أو غير اللفظية Non Verbal Social Skills الأمر الذي ترتب عليه عدم تقبل ذي الإعاقة البصرية من الآخرين، وبالتالي ظهور العديد من المشكلات الاجتماعية، مثل: الخجل، والعزلة، والانطواء، وعدم مشاركة الآخرين في الأنشطة، وعدم التفاعل مع الآخرين، وضعف القدرة على استمرارية العلاقات الاجتماعية. هذا بالإضافة إلى ظهور بعض المشكلات السلوكية مثل الاندفاع والعدوان. ومن هذه الدراسات دراسة رونالد1980 Ronald،، سلوى الملا، أمينة أمين (1982)، دريجرز Driggers 1983 وتير Teare، 1984، فان هاسلت وآخرون (Van-Hasselt et al (1985، Matson et al، 1986)).

وهناك العديد من المحاولات لتفسير القصور في المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة البصرية لعل أهمها:

1- عدم القدرة على تفسير الإشارات البصرية:

يوضح" فان هاسلت وآخرون" (Van-Hasselt et al، 395 :1985) أن القصور في المهارات الاجتماعية لدى المعاقين بصرياً قد يرجع إلى عدم قدرتهم على تفسير الإشارات البصرية، والتي يعتمد عليها الأفراد المبصرون في اكتساب السلوكيات الاجتماعية.

2- عدم القدرة على ملاحظة سلوك الآخرين:

يؤكد "بحروو وآخرون" (Buhrow et al، 503 :1998) أن اكتساب المهارات الاجتماعية يتم من خلال ملاحظة سلوك الآخرين، وهذه الملاحظة هامة جداً خاصة في اكتساب السلوكيات الاجتماعية غير اللفظية Nonverbal مثل الابتسامات والإيماءات، وتتسبب الإعاقة البصرية في صعوبة اكتساب هذه السلوكيات وهو ما يؤدي إلى قصور حاد في الكفاءة الاجتماعية، كما أن المعلومات البصرية تمكن الفرد من مراقبة التفاعلات الاجتماعية، ومن دون وجود هذه المعلومات لتفسير التواصل غير اللفظي فإن عملية التواصل قد لا تتم.

3- عدم تشجيع الأسرة على التفاعل مع الآخرين:

يشير "وارن" (Warren، 268 :1994) إلى أن القصور في المهارات الاجتماعية لدى المعاقين بصرياً قد يرجع إلى أن آباء المعاقين بصرياً قد لا يشجعون أطفالهم على التفاعل مع الأقران، وذلك خوفاً من الإحباط الذي قد يتعرضون له نتيجة لإعاقاتهم.

4- الاتجاهات السلبية نحو المعاقين بصرياً:

ويشير هيور وأرو (Hurre & Aro، 77 :1998) إلى أن ضعف الخبرات الاجتماعية لدى المعاقين بصرياً قد يرجع إلى اتجاهات الآخرين السلبية تجاههم والتي تتكون لدى الآخرين نتيجة السلوكيات المعروفة "بلزمات كف البصر" كهز الرأس وإغماض العين وفتحها المتكرر، وعدم النظر إلى من يتحدث معه، مما يشعره بعدم الاهتمام لما يقوله، كما أن هذه السلوكيات قد تؤدي إلى عدم قبوله من الآخرين.

5- نقص فرص التفاعل الاجتماعي:

يرى "إروين" (Erwin، 138 :1993) أن السبب وراء انخفاض مستوى المهارات الاجتماعية قد يعود إلى نقص فرص التفاعل مع الرفاق الناتج عن المشكلات المرتبطة بالحركة والاتصال الاجتماعي. فالإعاقة البصرية تؤدي إلى قصور وظيفي فيما يخص القدرة على التنقل والتوجه والحركة وهو ما يؤدي إلى وجود صعوبة في المشاركة في الأحداث الاجتماعية واستمرار العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.

ومن ثم فإن الإعاقة البصرية تقف عائقاً خطيراً أمام تحقيق تفاعل اجتماعي جيد مع الأقران والبالغين من ثلاث جهات:

- تقف الإعاقة البصرية عائقاً أمام اكتساب المهارات الاجتماعية التي تعتمد على التقليد والمحاكاة والتغذية الراجعة والتعزيز الاجتماعي خاصة في السلوكيات غير اللفظية.
- تثير هذه الإعاقة لدى العاديين الاتجاهات السلبية المسبقة، وحالة من القلق وعدم الارتياح وكذلك تقلّل من الجاذبية البدنية لذوي الإعاقة البصرية.
- تضع الإعاقة حواجز أمام كثير من جوانب نمو الإنسان وأمام اشتراكه في العديد من مناشط الحياة اليومية بما تفرضه من قصور وظيفي في التنقل والحركة، وهو ما يؤدي إلى وجود صعوبة في المشاركة في الأحداث الاجتماعية.

وهكذا، يمكن تفسير التباين بين الدراسات التي تناولت المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة البصرية في فترة زمنية سابقة وبين الدراسات الحديثة نسبياً. ففي حين أشارت معظم الدراسات القديمة نسبياً إلى وجود قصور في المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة البصرية، فقد أشارت دراسة بحرو وآخرون (Buhrow et al، 503-542 :1998) إلى عدم وجود قصور في المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة البصرية، وأن التباين قد يرجع إلى قدم بعض هذه الدراسات نسبياً (بعضها أجرى منذ أكثر من عشرة أعوام) وهي فترة ليست باليسيرة حدثت فيها تغييرات هائلة في أساليب التعليم

والاتجاهات نحو المعوقين كما قد يرجع إلى الاختلاف في الأدوات المستخدمة، أو يرجع إلى تزايد الاتجاه نحو إلحاق المعاقين بصرياً بمدارس العاديين.

مكونات المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة البصرية:

يلاحظ المتتبع للتراث النفسي في مجال الإعاقة البصرية أن الدراسات التي تناولت المهارات الاجتماعية لدى ذوي الإعاقة البصرية ركزت على مجموعة من المكونات التي - وإن كانت تندرج تحت المهارات الاجتماعية لدى العاديين - إلا أنها أكثر خصوصية وارتباطاً بهذه الفئة، وهو ما يتفق مع ضرورة أن يكون المفهوم حساساً لطبيعة العينة التي يصاغ لها، ويمكن حصر أهم هذه المكونات على النحو الآتي:

1. التوكيدية.
2. الاستقلالية في مهارات الحياة اليومية والتنقل والحركة:
3. التفاعل الاجتماعي وإقامة العلاقات الاجتماعية:

ومن خلال ما سبق سيتم، الاقتصار في هذا البحث على مهارات التنقل، وتنمية تدريب الحواس الأخرى، والتدريب على مهارات الحياة اليومية، نظراً لشيوعها في التراث الخاص بذوي الإعاقة البصرية.

تنمية المهارات التواصلية:

يقوم التعليم المباشر على المهارات الاجتماعية على نظرية التعلم الاجتماعي لـ بندورا (Bandura) الذي اشتهر بأعماله المتصلة في هذا الموضوع، حيث أشارت نتائج أبحاثه وجود النماذج، وممارسة السلوكيات، والتعزيز الاجتماعي أمر حاسم في تعلم سلوكيات جديدة.

لذلك، فإن تعلم المهارات الاجتماعية لذوي الاحتياجات الخاصة وخصوصاً لدى المكفوفين تساعدهم على تذليل الصعوبات الاجتماعية التي تواجههم في حياتهم اليومية.

ومن المشكلات المرتبطة بالمهارات الاجتماعية لدى لذوي الحاجات الخاصة:

أ - صعوبة التعبير عن المشاعر.

ب - صعوبة تبادل المشاعر مع الآخرين.

ج - انخفاض القدرة على التخطيط للمستقبل (مايبري ولازاروس، 2008، 94).

تدريب وتنمية مهارات التواصل الاجتماعي والحركي والحسي لدى الكفيف:

إن للحواس دوراً رئيسياً في عملية التواصل كما بينا آنفاً، ونظراً لغياب حاسة البصر بالنسبة للمكفوفين فإنهم في حاجة إلى تدريبات خاصة، وذلك بهدف تنمية الحواس السليمة حتى يتمكنوا من اكتساب مهارات التواصل بفاعلية عالية.

الهدف من التدريب:

- تنمية القدرة على التركيز والتمييز والمقارنة بينما هو مشابه وغير مشابه.

- إدراك الكفيف الخبرات الحسية، ومن ثم تكوين المفاهيم المجردة، مثل المفاهيم الكمية، والشكلية، والعددية.

- تنمية المهارات الحركية والعضلية والتوافق العضلي - الحركي للكفيف.

الوسائل والأدوات المساعدة:

- الأجهزة الصوتية والتسجيلات التي تغطي موضوعات التدريبات السمعية.

- النماذج والعينات التي تغطي تدريبات حاستي اللمس والشم.

- الوسائل التعليمية المتوفرة في مختبر الوسائل التعليمية في الجامعة لذلك، سوف نقدم مجموعة من المهارات التي تساعد الكفيف على تنمية مهاراته الحسية المتبقية، وتنمية مهارات التواصل الاجتماعي، وكذلك مهارات التحرك والتنقل.

و- استخدام الوسائل المتطورة، وإتباع الطرق الحديثة، والاستفادة من إمكانيات التطور العلمي الحديث في تنفيذ البرنامج، كالدائرة التلفزيونية المغلقة، والحاسوب، وكاميرات الفيديو، آلات التسجيل، والهاتف المحمول، والانترنت.

الهدف من البرنامج:

يهدف البرنامج إلى إكساب المعاقين بصرياً تعلم المهارات الحياتية التي تؤهلهم للأداء الوظيفي المستقل والذي يتم في حدود قدراتهم مما يزيد من شعورهم بالرضا عن النفس وعن الآخرين في جو يسوده المرح والسرور" مما يساعد على:

- تنمية بعض المهارات النفسية مثل: الثقة بالنفس، والاعتماد على الذات، وضبط الانفعالات، والاتصال بالآخرين، والدافعية، والانتباه والتي تمكنهم من التفاعل والتكيف مع الآخرين في حدود ما تسمح به قدراتهم. - إكسابهم بعض المهارات الحركية التي تتناسب مع قدراتهم.

- زيادة التفاعل الاجتماعي من خلال العمل الجماعي.

الإجراءات التمهيدية :

يحتاج تنفيذ البرنامج في الغالب إلى الإجراءات والتدابير التالية : أ- ضمان تعاون جميع أعضاء فريق البرنامج والعمل على نجاح البرامج وتحقيق الأهداف المنشودة.

ب - تحديد اختصاص كل عضو من أعضاء الورشة لتنفيذ ما هو مطلوب منه.ج - تحديد خطة زمنية لتنفيذ البرامج والمدة الفاصلة بين جلسة وأخرى.

د - تحديد كيفية بدء عملية تنفيذ البرنامج، وتحديد زمن البدء بدقة، وذلك من خلال الجلسة التمهيدية الأولى.

هـ - تحديد اجتماعات دورية لفريق العمل الإرشادي للتحقق من حسن سيره والصعوبات التي تواجه البرامج، سواء أكانت صعوبات مالية، أم صعوبات تتعلق بالمعاق بصرياً أم صعوبات في مكان تطبيق البرنامج .

- زيادة روح التعاون والإخاء والمشاركة بين المعاقين بصرياً مما يتيح الفرصة لتكوين علاقات مرضية مع المحيطين.

- تنمية وتأكيد وعي الكفيف بذاته وذلك بالنجاح في أداء الأنشطة الرياضية المتنوعة.

- إكساب عادات صحية سليمة وتصحيح بعض الأوضاع الخاطئة.

المتطلبات الأساسية لتنفيذ البرنامج التدريبي :

يتطلب تنفيذ البرنامج مجموعة من المتطلبات الأساسية والتي نجملها في الآتي :

1 - تحديد هدف لكل جلسة مع محاولة تحقيقها خلال الزمن المخصص لها .

2- توفير بيئة مليئة بالمثيرات السمعية واللمسية واستخدامها جيداً بشكل يناسب المعاق.

3 - أن يتناسب البرنامج والأنشطة مع خصائص وميول وقدرات المعاقين بصرياً .

4- العمل على إيجاد المواقف الحركية التي تضيف عنصر المرح والسرور لدى المعاقين بصرياً .

5 - الاستفادة من المواد المتاحة والمتوفرة في البيئة المحيطة.

6 - الاستعانة بالمؤثرات الموسيقية والعدو الجماعي والتصفيق لاستثارة المعاقين بصرياً وجذب انتباههم.

7 - مراعاة الظروف النفسية والاجتماعية والصحية للمعاقين بصرياً المعاقين وخلق روح الصداقة بين الباحث والمعاقين وتشجيعهم على الاستمرار في بذل الجهد .

8 - إثارة المعاق بصرياً لممارسة الأنشطة عن طريق التدعيم المادي والمعنوي.

9- مراعاة عوامل الأمن والسلامة للمعاقين واستخدام الأدوات الثابتة على الأرض والمصنوعة من مواد غير صلبة.

10- مراعاة مبدأ الفروق الفردية بين المعاقين بصرياً.

11- أن يتسم البرنامج بالمرونة، حيث يسمح بإدخال التعديلات إذا لزم الأمر.

12- مراعاة التدرج بالتمرينات والأنشطة من السهل إلى الصعب ومن البسيط إلى المركب.

13- اختيار الألعاب والمهارات التي تتحدى قدرات المعاق والتي تحرره من الخوف من اللعب مع إعطائه الفرصة للنجاح في هذه الألعاب.

14- يجب الاهتمام بفترات الراحة أثناء تنفيذ البرنامج.

لذلك سوف يقوم الباحثان باستخدام ثلاثة تدريبات لتنمية مهارات التواصل لدى المكفوفين، وهي:

أولاً- للتدريب على التنقل لدى المكفوفين:

يُعرف تقرير وزارة التربية البريطانية مهارات التنقل والحركة أنها القدرة على التحرك بأمان وفاعلية خلال كل المواقف والظروف البيئية بأكبر قدرة استقلالية ممكنة، وتمكن هذه المهارات الفرد المعاق بصرياً من المشاركة في الحياة الاجتماعية، كما أنها تؤثر على الفرص التعليمية وتحسن جودة الحياة. ويشير مصطلح التوجه Orientation إلى عملية استخدام المعلومات الحسية لفهم موضع الفرد في البيئة وكيفية الانتقال إلى مكان آخر. ويتضمن التوجه المهارات الآتية: الاستخدام السليم للغة، وفهم الأسباب والمؤثرات، وفهم العلاقات بين الأشياء. كما يتضمن وعي الفرد بجسده، وتطوير المهارات الحسية، وتعلم استخدام العلامات الأرضية (Misso، 8 :2005).

ويوضح جنس وجنس (Gense & Gense، 1 :2000) أن مهارات التوجه تفيد في معرفة أين نحن، وإلى أين نتجه، وكيف نفكر ونضع استراتيجيات للوصول إلى مسافة معينة. ويشير مصطلح التنقل إلى الحركة الفعلية من مكان لآخر. وتقف هذه المهارات إلى جانب مهارات التواصل الاجتماعي ومهارات الحياة اليومية كأهم المهارات اللازم اكتسابها بالنسبة للمعاق بصرياً، إذ أن القدرة على فهم البيئة والتحرك بأمان يعتد أهم مكون من مكونات النجاح والنمو والاستقلال.

أهمية التدريب على التنقل لدى المكفوفين:

يعاني ذو الإعاقة البصرية من نقص القدرة على التفاعل مع البيئة باستقلالية وفاعلية، وهو ما يعود في جزء كبير منه إلى عدم القدرة على التنقل والحركة بحرية، بل يعد البعض أن أهم ما ينتج عن

الإعاقة البصرية هو نقص القدرة على التنقل والحركة إذ يضطر المعاق بصرياً أن يطلب من الآخرين الذهاب معه لقضاء أبسط حاجاته وأكثرها ضرورية على السواء، وهو ما يؤثر بلا ريب على توافقه الشخصي والاجتماعي.

ويحقق امتلاك المعاق بصرياً لمهارات التنقل والحركة الاستقلال البدني والاجتماعي، ويوفر له السهولة في الحركة، وسرعة إيجاد الأشياء والوصول إلى الأماكن، وتوجيه أنفسهم في المواقف الطبيعية والاجتماعية الجديدة عليهم، كما تحدد قدرتهم على القيام بالأدوار المتوقعة منهم، وتعذر علاقاتهم برفاقهم. كما أن امتلاك المعاق بصرياً لهذه المهارات تحدد نوع المهن التي يصلحون لها في حياتهم المستقبلية والهوايات التي يستطيعون القيام بها، بالإضافة إلى أنها ترفع من تقديرهم لذواتهم (Kirk et al ,384 :1993).

وتظهر أهمية التوجه والحركة في النقاط التالية:

1- أن يألف المعاق بصرياً البيئة المحيطة به، وأن يحدد معالمها ويسيطر عليها، وأن يتمكن من توسيع بيئته وامتدادها.

2- يعد من الأساليب التي تساعد المعاق بصرياً على الوقاية من الأخطار.

3- تدريب المعاق بصرياً على اتخاذ وضع الحماية الملائم عند التنقل بمفرده.

4- تدريب المعاق بصرياً على تنسيق واتزان جسمه أثناء الحركة حتى لا يفقد اتجاهه وتعريفه بالمشاكل التي قد يواجهها عندما ينحرف.

5- تساعد مهارات التوجه والحركة على استرخاء المعاق بصرياً وذلك بتخليصه من حالة التوتر والخوف عندما يتحرك من مكان لآخر، ويضمن له التنقل باستقلالية (آدم: 2002).

فوائد التدريب على التنقل:

عدد هيل (1986) Hill فوائد تنمية مهارات التوجيه والحركة لدى ذوي الإعاقة البصرية على النحو التالي:

1- فوائد نفسية: إن اكتساب مهارات التوجه والحركة التي تمكن الفرد من التنقل بفاعلية واستقلالية يسهم في رفع الروح المعنوية، ويعمل على تقوية الثقة بالنفس، ويترك آثار إيجابية على مفهوم الذات.

2- فوائد اجتماعية: أن قدرة الفرد على الحركة والتنقل في أماكن مختلفة يعمل على زيادة فرص التفاعل الاجتماعي من حيث الكم والكيف والتلقائية.

3- فوائد بدنية: إن من الطبيعي أن تعمل مهارات التوجه والحركة على تمكن الجسم من الحصول على التمارين البدنية اللازمة، والعمل على تنمية وتعزيز المهارات الحركية المختلفة.

4- مهارات الحياة اليومية: إن الكثير من أنشطة الحياة اليومية يعتمد اعتماداً كبيراً على مهارات التوجه والحركة، فمثلاً عملية التسوق تتطلب مهارات توجه وحركة جيدة حتى يتسنى للشخص من خلالها التنقل والحركة بكفاءة وفاعلية. (الموسى، 1995، 88)

الهدف من التدريب:

يهدف هذا التدريب إلى:

- تطوير مهارات الكفيف حركياً والتي تساعده على التكيف مع بيئته، والتنقل بسهولة وأمان داخل مبنى الكلية وبين الطوابق وخارجها بأمان وسلام.
- تدريب أعضاء جسم الكفيف على الحركة والمرونة.
- تنمية المهارات العناية بالذات.
- مساعدة الكفيف على الوقاية من الأخطار.
- تساعد الكفيف على اتخاذ وضع الحماية الملائم عند التنقل بمفرده.
- تساعد الكفيف على التعامل مع الأشياء، وممارسة بعض الألعاب، وأداء بعض الحركات الحياتية.

وأهم التقنيات التي تستخدم في التدرب على هذه المهارة:

أ - استراتيجية المرشد المبصر.

ب - استراتيجية العصا البيضاء.

ج - عصا الليزر.

د - البوصلة.

الإجراءات التنفيذي:

يتعرف الكفيف من خلال ذلك على:

1- أعضاء وأبعاد جسمه:

ويتجلى من خلال الأساليب الوقائية: Protective Techniques هناك أسلوبان أساسيان لتقليل عدد مرات الاصطدام والتخبط للأفراد ذوي الإعاقة البصرية الذين يحاولون التنقل باستقلالية، وهما:

أ- أسلوب وقاية الجزء الأعلى من الجسم The Upper body protection Technique وهو يمكن الفرد من تتبع العوائق التي تواجه الفرد والتي تقابل الجزء الأعلى من الجسد. ويقوم الفرد في هذا الأسلوب بوضع يديه في ارتفاع الأكتاف وبعرض الجسد وذلك لحماية الرأس والصدر.

ب- أسلوب ووقاية الجزء الأدنى من الجسم The Lawer body Protection Technique وهو يمكن الفرد من تتبع العوائق التي تواجه الفرد والتي تقابل منطقتي الوركين والخصر، ويقوم الفرد في هذا الأسلوب بوضع يديه في وضع مائل عبر الجسد. ويمكن استخدام هذا الأسلوب في تحديد ظهر الكراسي وحواف المنضدات والعوائق الأخرى في مستوى الخصر أو تحت هذا المستوى.

ج- وهناك أسلوب ثالث يعتمد على وضع كلتا يديه في الوضع الأعلى أو الأدنى، ولكنه ينطوي على مشكلة أساسية، وهي شغل كلتا اليدين في عملية الوقاية.

2. المفاهيم المتعلقة بالاتجاهات، مثل:

يمين، يسار، أعلى، أسفل، أمام، خلف، الوسط، المركز، قريب، بعيد، فوق، تحت، بجانب، اتجاه مستقيم، اتجاه منحني، اتجاه منكسر، اتجاه متعرج، اتجاه عكسي، الدوران اتجاه قطري. ويتم ذلك من خلال التدريب على المهارات التالية:

أ- التتبع والمشي المتثاقل Trailing وهي مهارة تهدف إلى تشجيع المعاق بصرياً على التنقل والمشي في خط مستقيم في اتجاه معين وتتبع الحوائط والأسطح الأخرى مع وضع اليد بطريقة معينة، ويجب الحفاظ على الوضع الصحيح لليد والساق بحيث تمتد أمام الفرد لإمداده بالتغذية الراجعة اللمسية مقدماً، وذلك بظهر الكف. إذ يوجد خطأ شائع بين الأفراد المعاقين بصرياً وهو وضع أيديهم خلف ظهورهم وهو يسبب اصطدام الفرد بالأشياء الموجودة أمامه من دون تحذير سابق.

ب- قياس المسافات والزوايا: Squaring off ويعتمد على مساعدة المعاق بصرياً على معرفة الاتجاهات الصحيحة والمسافات بين الأشياء وزوايا الانتقال بينها وبين بدء عملية المشي. ويكمن تمثل ذلك عندما يضع المعاق بصرياً عقبيه وأكتافه لحائط معين يعرف أن الهدف أو الشيء الذي يريده مواجه له مباشرة. وتعد هذه المهارة من المهارات الهامة التي يحتاجها الفرد عند تعلم أساليب التنقل الأكثر تعقيداً في المستقبل وكذلك في أساليب عبور الطرق.

3. المفاهيم المتعلقة بالتنقل:

حيث يطور الكفيف من خلاله المهارات التالية:

- المهارات الحسية المرتبطة بعملية التنقل (لمس، شم، سمع).

- المهارات الجسمية الحركية المرتبطة بعملية التنقل.
- تقنيات الدليل المبصر (تعامل الكفيف مع المبصر).
- تقنيات استخدام العصا البيضاء.

يعد هذا النموذج هو الأكثر استخداماً من بين الأنماط الأخرى، وهو يعتمد على مجموعة من المهارات الأساسية التي تعتبر بمثابة متطلبات أساسية لتحقيق القدرة على التنقل، كذا يجب التدريب على هذه المهارات الأساسية في مرحلة مبكرة من حياة الفرد وذلك من أجل ضمان قيام الفرد بالتنقل باستقلالية في الجامعة والمجتمع، ومن هذه المهارات:

1. استخدام الأيدي والسواعد للرأس والأجزاء العليا من الجسد من الأبواب النصف مفتوحة، والحوائط.
2. استخدام الأيدي كواقي للجزء الأسفل من الجسد من التعثر في المنضدة والمقاعد وغيرها.
3. استخدام مهارة التحسس بأطراف الأصابع لتحديد أماكن الأشياء.
4. اتخاذ الاتجاه المناسب باستخدام إشارة معينة أو صوت معين للتعرف على التسلسل المناسب للوصول إلى مكان معين أو البعد عن شيء معين. كذا يجب التدريب على معرفة الاتجاهات الجغرافية، واستخدام حاسة السمع بكفاءة وتحديد أماكن الأصوات، واستخدام بقايا البصر (Gearheart، 1980: 157).

كما توجد مهارات أخرى تساعد الكفيف على التنقل منها:

1. المرشد المبصر Sighted guide يعد وسيلة فعالة لتوجيه الفرد في بيئة غير مألوفة بالنسبة له. ويقوم المعاق بصرياً بالتعلق بذراع فرد مبصر ويمشي متأخراً بنصف خطوة عن مرشده وينقل ذراع المرشد إلى المعاق بصرياً الإحساس بالتلفت أو تغيير الاتجاه أو الوقوف أو التحرك في اتجاه معين. وتزداد أهمية هذا الأسلوب للمعاق بصرياً في فصول العاديين، إذ يجب تدريب الأفراد المبصرين على الإجراءات والأساليب المستخدمة لمساعدة المعاق بصرياً في عملية التنقل أو الحركة (Gearheart، 1980: 159)

2. استخدام العصا المرشد: يتوقف السن الذي يتعلم فيه الفرد المعاق بصرياً على استخدام العصا المرشد على نضج الطالب، ومدى حاجته للانتقال بشكل مستقل. والقدرة على الاستفادة من التدريب المكثف. وبشكل عام، فإن التدريب على استخدام العصا المرشد يجب أن يبدأ في سن (14 أو15)

عاما، وذلك حيث تزداد القدرة لدى المراهق على الانتقال بشكل مستقل وتزداد قدرته على الاستفادة من عملية التدريب (159،Ibid)

3. الأساليب التكنولوجية Technical devices: هناك مجموعة من الأساليب التكنولوجية التي تستخدم كوسيلة للتنقل أو مكملة لوسائل أخرى، وتحاول بعض هذه الأساليب دعم القدرة السمعية، وتحديد العوائق، ومساعدة الفرد على المشي في طريق مستقيم. (Gearheart، 1980: 157-160) .

ثانياً - تدريب وتنمية الحواس الأخرى عند الكفيف:

ويتمثل هذا التدريب في الجوانب التالية:

1- التدريب على حاسة اللمس:

وأهم الجلسات التي تختص بتنمية حاسة اللمس، هي:

- تنمية حركات أصابع الكفيف (المهارات الحركية الدقيقة).

- الأدوات والوسائل المستخدمة:

حبات من الليمون، حبات التمر، حبات الفول السوداني، حبات البازلاء، حبات الفول والعدس، حبات الجزر، الخيار، الطماطم، الخوخ، العنب وأية حبوب أخرى متوفرة بالبيئة. إضافة إلى عينات من الجلود والأخشاب والأقمشة، أوراق الأشجار، عينات من الرمل، الملح، السكر، الدقيق، الخطوط البارزة المتعرجة والمنحنية....إلخ

- الطريقة والإجراءات:

التدريب الأول:

أ- توضع هذه الأشياء مجتمعة في متناول الكفيف ثم يطلب منه لمسها واحدة بعد الأخرى، وفي كل مرة عند لمسه لأحد هذه الأشياء يخبره المرشد بأن الشيء الذي يلمسه هو كذا ويعطي بعض المعلومات المبسطة عنه مثل: ما في يدك الآن هو حبة من الخيار وهو نوع من الخضر يؤكل طازجا بعد غسله جيداً كما يدخل في عمل السلطة وهو لين كما تحسه وسهل الأكل ويمكنك تذوقه، ويعطى له فرصة لتذوقه.

ب- تقدم الأشياء الكفيف في أي وضع يكون عليه واقفا أو جالسا مع التأكد من تركيز الكفيف وانتباهه وأنه يسمع ما يقال له ولا يوجد ما يشتت انتباهه، وكذلك يكون في حالة من الراحة والاطمئنان ولديه دافعية لتقبل ما يقال له، وأيضا التأكد من ملامسته للأشياء بشكل صحيح في كل مرة والتعرف على طبيعتها وخصائصها.

ج - تستمر عملية التعرف على الأشياء مع التكرار والتأكيد على بعض الاختلافات أو التشابهات.

د - يمكن أن تعقد مقارنات بين شيئين فقط مثل حبات التمر وحبات الفول الجافة ليدرك الفروق بينهما من حيث: الحجم والشكل العام والمذاق ومكونات الحبة وليونته، وملمس سطحها وحتى يتأكد من أن لكل شيء ملمس خاص به.

هـ يتناول الكفيف أي شيء من الأشياء الموضوعة أمامه ثم يقول للمرشد بعد لمسه وتحسسه ما هو هذا الشيء.

التمرين الثاني: تنمية مهارات الإدراك والتمييز اللمسي، والتمييز بين أشكال الأشياء وأحجامها وسطوحها.

- الأدوات والوسائل المستخدمة: قطع من القماش والخشب والورق المقوى والعادي والجلد والموكيت والبلاستيك والزجاج والحديد والألمونيوم، وأي نوع من الخامات المتوفرة بالبيئة ذات أشكال مستديرة ومربعة ومستطيلة ومثلثة وهرمية واسطوانية ومكعبات ومتوازي مستطيلات وذات سطوح ناعمة وخشنة ومستوية ومتعرجة وذات أحجام كبيرة نوعا ما ومتوسطة وصغيرة.

1. وضع الأشياء السابقة في متناول يدي المعاق.

2. يطلب المرشد من المعاق بصريا أن يتناول إحدى القطع ولتكن قطعة من القماش وبعد أن يتلمسها يذكر له أن هذا نوع من القماش الذي تستخدمه في صناعة الملابس والمفروشات والستائر وغيرها، أن القماش أنواع من حيث الملمس خشن، ناعم، متوسط النعومة أو الخشونة (صوف، حرير، قطن، كتان، صناعي) واستخدامات كل نوع، وأن القطع التي يتحسسها منها المستطيل، ومنها المربع ومنها المستدير ومنها المثلث ومنها الكبير والمتوسط والصغير.

3. يتناول قطعة أخرى ولتكن خشب مثلا ثم بلاستيك وحديد ويقارن بين ملامس هذه الأشياء وبين سطوحها وأشكالها هرمية ،اسطوانية، مكعب، متوازي مستطيلات.

4. يناوله المرشد قطع أخرى من الورق والجلد والموكيت ذات أشكال مختلفة وبعد تفحصه لها من حيث الملمس يوضح له أن أشكالها إما غير مستوية (متعرجة) أو أشكالها مستوية (مستديرة - مربعة - مستطيلة).

5. يتأكد المرشد من إدراك المعاق اللمسي وتمييزه بين أشكال وأحجام وسطوح الأشياء المختلفة.

2ـ التدريب على حاسة السمع :

تعد حاسة السمع من الحواس التي يعتمد عليها الكفيف اعتمادا رئيسيا في تعويض جانب كبير من جوانب القصور في الخبرة نتيجة فقد أو ضعف حاسة الإبصار، وتعد ثاني الحواس أهمية بعد الإبصار نظرا لعلاقتها الوثيقة بتواصل الكفيف ولغته، حيث يحافظ على تواصله الفاعل مع البيئة عبر هذه الحاسة منذ وقت مبكر من عمره، فهو لا يعتمد على سمعه فقط في الاستماع إلى الأصوات وتحديد مصادرها، وإنما يمكنه الحصول على كثير من المعلومات التي يحصل عليها الفرد المبصرعن طريق حاسة الإبصار بواسطة تلك الحاسة.

إن تنمية حاسة السمع منذ وقت مبكر تعتبر من الأهمية بمكان لدى المكفوفين، حيث أنها الوسيلة الأولى لتعليم الطفل الكفيف بحمله ثم التحدث معه والاتصال معه بكافة الوسائل البسيطة والممكنة يعمل على بناء علاقة فعالة، كما يحافظ على النمو المبكر لحاسة السمع لديه، ويمكن للكفيف أن يصل إلى البيئة من خلال الإيحاءات السمعية طالما أنه فقد فرص الإثارة البصرية لهذا الاتصال، فهو يستطيع الانتباه والبحث عن الإثارة السمعية بفاعلية في الوقت الذي تبقى استجابته في المستوى الآلي لاستقبال الصوت إذا لم تقدم له المعلومات السمعية بالمستوى المطلوب لتوظيفها، وحتى يمكن التغلب على ذلك يحتاج الكفيف إلى مميزات لفظية وتفاعل مستمر ومتكرر مع الآخرين، كما يحتاج إلى مساعدة لإجراء عملية الربط بين ما يسمع والأشياء ذات المعنى في البيئة حيث يلمسها ويكتشفها بيديه..

مجالات التدريب :

درجات الصوت (مزعج، قوي، عادي، متوسط).

صدى الصوت (أنواعه، درجاته، مداه، اتجاهه).

- أصوات الظاهرات الطبيعية : رعد، برق، عواصف.
- أصوات حيوانات.
- أصوات الآلات الموسيقية.
- أدوات النجارة :
- أصوات السيارات.
- أشخاص : طفل، فتاة، شاب، سيدة، رجل.

الأهداف : وتتمثل في الآتي

- جذب انتباه الكفيف إلى ما يمكن الاستماع إليه بطريقة مشوقة وممتعة.

ـ استخدام إستراتيجية قص القصص، ثم تكليف الكفيف بإعادة ماسمعه ومحاولة تلخيصه واستخلاص الأفكار الأساسية للقصة.

ـ الاستماع إلى الأشرطة المسجلة والتعليق عليها.

ـ محاولة التخلص من التشتت وعدم التركيز بعدم إطالة زمن الاستماع وجعله على فترات مناسبة.

ـ تشجيع الطفل على الاستماع وتعزيزه على ذلك.

ـ تركيز الانتباه على النقاط الهامة وإعطاء وقت كاف لاستيعابها.

ـ تدريب الطفل على عملية التواصل المنظم وخاصة مع الآخرين كمعرفة وقت الاستماع ووقت التحدث أو الرد وهكذا .

التنفيذ :

يتم هذا التنفيذ وفق المستويات التالية :

ـ الهدف منها : التدريب على تنمية مهارة تمييز الأصوات.

ـ الوسائل والأدوات : جهاز تسجيل – عدد من الأشرطة المسجل عليها أصوات الحيوانات والطيور، وأصوات لبعض وسائل المواصلات ... وغيرها .

ـ الطريقة والإجراءات :

ـ يقدم المرشد للكفيف مجموعة من الأصوات المختلطة والمنبعثة في وقت واحد مثل : صوت إنسان، وصوت حيوان، وصوت آلة، وصوت طيور، وصوت سقوط أحجار، ويطلب منه التمييز بين هذه الأصوات.

ـ يقدم المرشد للكفيف عدداً من أصوات أشخاص يعرفهم الطفل الكفيف، ويطلب منه التمييز بين هذه الأصوات .

ـ يقدم المرشد للكفيف مجموعة من أصوات الآلات والأجهزة والمعدات كصوت سيارة ثم صوت طائرة، ثم صوت آلة موسيقية ثم صوت آلة في مصنع، ويطلب منه التمييز بين هذه الأصوات.

التقويم :

ـ يقدم المرشد للكفيف عدداً من الأصوات المتنوعة بترتيب معين، ويطلب منه أن يحددها حسب سماعه لها ؛ حيث يقول سمعت صوت إنسان ثم سمعت صوت قطة ثم سمعت صوت سيارة ....

ـ يطلب المرشد من الكفيف الاستماع لأصوات بعض زملائه في الفصل بترتيب معين، ثم يطلب منه

المرشد أن يرتب تلك الأصوات حسب سماعه لأصواتهم، حيث يقول سمعت صوت ماجد ثم صوت فهد ثم صوت فيصل.... الخ

وهكذا يقوم المرشد بالعديد من المهارات كما فعل في المهارة الأولى مع الكفيف، وذلك لتدريبه على مهارة الاستماع لكل مجال صوتي تم تحديده، وبعد الانتهاء من تقديم كافة المهارات يعرض على الكفيف مجال صوتي ما تم التدرب عليه لتميزه عن الأصوات الأخرى.

3. التدريب على حاسة الشم:

على الرغم من أهمية حاسة الشم بالنسبة للكفيف فهي تعد من أقل الحواس التي تلقى اهتماماً خاصا لتنميتها، ويمكن أن تسهم تلك الحاسة إسهاماً كبيراً في تنويع الحياة وإثارة الاهتمام وأن تكون عظيمة النفع في نقل المعلومات عن الأماكن والأشياء وأيضا عن الأشخاص، حيث يمكن بواسطتها تزويد الكفيف بالكثير من المعلومات الهامة التي تساعده بشكل خاص في تحديد مواقع الأشياء، وكذلك تمده بمعلومات ذات فائدة عن مكونات البيئة المحيطة به وخاصة إذا ما تم تدريب تلك الحاسة وتنميتها فإنه يمكن للكفيف الحصول على معلومات ذات قيمة عن بعد إذ يمكنه أن يميز الأفراد عن طريق الروائح الطبيعية لأجسامهم أو عن طريق بعض أنواع المستحضرات التي يستعملونها، كالعطور مثلا أو نوع معين من الصابون المستخدم.

الهدف من التدريب:

- تنمية القدرة على معرفة الخضراوات ذات الرائحة والتفرقة بينها.
- أن يميز الكفيف بين الروائح المميزة للمطبخ .
- تنمية القدرة على تمييز مواد النظافة ذات الرائحة، مثل: الصابون، الكلور، الفنيك.
- التعرف على السوائل ذات الروائح المميزة: مثل البنزين، الغاز.
- تنمية القدرة على تمييز الروائح للمواد المحترقة، مثل: البخور، الخشب، الورق، القماش.
- القدرة على التعرف إلى معالم البيئة المحيطة به، مثل: محل الزهور، محل الشواء، الجزارة....

الأدوات والوسائل المستخدمة:

زجاجة خل، ماء ورد، سمن، زيت، بصل، ثوم، شاي، قهوة، توابل وبهارات، بعض الأكلات ذات الروائح المميزة.

الطريقة والإجراءات:

- يقوم المرشد بتقديم الأشياء السابقة وغيرها إلى الكفيف مع مراعاة إعطائه معلومات مبسطة عن كل عنصر من تلك العناصر قبل وأثناء وبعد عملية الشم التي يقوم بها الكفيف، كأن يقدم له القهوة، ويذكر له أنها مشروب ساخن يحضر يغلي الماء مع القهوة وإضافة السكر حسب الطلب.

- يقدم المرشد للكفيف التوابل على سبيل المثال، ويخبر بأنها تضاف للطعام عند الطهي لإعطائه نكهة ورائحة طيبة، وهي أيضا من النباتات التي تزرع ويقارن بين رائحتها ورائحة القهوة.

- يقدم المرشد للكفيف قدراً به نوع من الطعام فور طهيه مباشرة ويخبره بأنه عبارة عن أوراق الملفوف وبداخلها الأرز مع إضافات أخرى وهو بالطبع ذو رائحة مميزة، وبعد أن يقوم الطفل بالشم يتذوقه ثم يقدم له نوع آخر من الطعام كالبيض المقلي أو السمك ويشم رائحته ويتذوقه ويقارن بين النوعين وهكذا.

- يكرر المرشد هذا النشاط مع أصناف أخرى من الطعام والمواد الغذائية ذات الروائح المميزة.

ويقوم المرشد في كل مرحلة تدريبية بعرض مادة لها رائحة معينة من أجل أن يتعرف إليها الكفيف، وبعد كل مهارة يحدث تقويم للكفيف من أجل التعرف والتمييز بين الروائح المختلفة.

التقويم:

- يضع المرشد في متناول يد الكفيف مجموعة من العلب والزجاجات بها مواد غذائية كالسمن والشاي والخل وماء الورد وغيره ويطلب منها إخراج نوع معين منها بعد أن يقوم بشمه.

- يعطي المرشد للكفيف نوع من الطعام الذي سبق طهيه حديثاً، ويطلب منه أن يذكر اسم هذا الطعام ومم يتكون.

4. تنمية حاسة التذوق لدى الكفيف:

إن حاسة التذوق ذات صلة وثيقة بحاسة الشم، بل أنها في معظم الأحيان مرتبطة بها إلى حد بعيد، فعلى سبيل المثال عندما يشم الفرد المبصر قطعة من الجبن لها رائحة طيبة، فإنه يقبل على تذوقها ليتأكد من جودة هذا الصنف ذي الرائحة الطيبة؛ لذا فإن حاسة التذوق لها أثر فعال في تزويد الفرد بمعلومات عن بعض المواد وطبيعتها سواء المأكولات أو المشروبات حيث يحدد الفرد مذاقاتها وذلك عن طريق حلمات اللسان، ويشترك في ذلك الكفيف والمبصر لمساعدته في التمييز بين تلك المواد وتحديد طبيعتها ونوعيتها عندما تتشابه في ألوانها وأشكالها أو رائحتها. أما في حالة الفرد الكفيف فالأمر مختلف لأنه غير مطلع على أشكال وألوان تلك المواد فربما تكون مواد ضارة أو سامة أو غير ذلك

وروائحها تتشابه تماماً مع بعض المواد النافعة أو المفيدة، لذا فإنه من الهام تدريب الطفل الكفيف على تلك المهارة وهي مهارة التمييز بين مذاقات المواد المختلفة، ونظراً للارتباط الوثيق بين حاستي الشم والتذوق فإن تطوير وتنمية إحدى هاتين الحاستين يمكن أن يؤذي إلى حد ما لتطوير وتنمية الحاسة الأخرى، وهذا كان دافعاً لتنمية تلك الحواس لدى الكفيف، حيث إن حاسة التذوق هامة بالنسبة للكفيف شأنها في ذلك شأن الحواس الأخرى، وذلك فيما يمكن تسميته ـ الاتصال بعالم الواقع من مأكل ومشرب، وعندما يتم تنمية تلك الحاسة فإنها تكون ضمن منظومة الحواس الهامة التي يعتمد عليها الطفل الكفيف ويستخدمها بكفاءة، كي تصبح مرشداً له ودليلاً وموجهاً لمساعدته علي التواصل مع البيئة المحيطة به بشكل فعال وذلك من خلال توظيفها وفقا لعناصر البيئة وطبيعة تلك العناصر.

الهدف منها:

- أن يميز الكفيف بين مذاقات الحلو والمر والحامض من الأطعمة والأغذية والمواد.
- تنمية القدرة على تمييز المذاقات التالية: المواد ذات المذاق الملحي وغير الملحي.
- المواد ذات المذاق الحلو وغير الحلو.

الوسائل والأدوات:

بسكويت، سكر، عسل، شراب سكري، تمر، عصير ليمون، حنظل أو مادة مرة من محلات العطارة، التوابل، الأسماك.

الإجراءات:

- يلفت المرشد انتباه الكفيف إلى عدم تذوق أي شيء قبل التأكد من عدم ضرره أو صلاحيته وذلك في كل ما يتذوقه، نظراً لأن ذلك يعد أمراً خطراً على الصحة وكذلك على حياة الفرد.

- يقدم المرشد للكفيف ملعقة من العسل دون ذكر اسمه ويطلب منه التذوق. ويخبره بأن ذلك يسمى عسل، ويزوده بمعلومات عن طبيعة العسل وأنواعه وكيفية الحصول عليه وفوائده، وكذلك يخبره بأن هذا مذاق حلو، وكذلك يفعل المرشد مع السكر والشراب السكري والتمر ما فعله مع العسل مع تزويد الكفيف بمعلومات عنها وأنها جميعا مذاقاتها حلوة، وهناك الكثير من المواد لها نفس المذاق.

في كل مرة يتم فيها تعليم المرشد الكفيف على مهارة من مهارات تنمية حاسة التذوق، يقوم بتقويم ما تعلمه الكفيف من تلك المهارات الخاصة بالتذوق.

ثالثاً ـ التدريب على مهارات الحياة اليومية:

يعرف توفيق ومهناوي (2002) مهارات الحياة اليومية " أنها مهارات أساسية للفرد في تفاعله مع مواقف حياته اليومية، وهي تعني قدرة الفرد على التعامل والتفاعل بإيجابية مع مشكلاته الحياتية من تعليمية واجتماعية وشخصية وصحية ".

وتنبع أهمية المهارات الحياتية من مساعدتها الفرد على التكيف مع إدارة حياته، والتكيف مع ذاته وعلى التعايش مع التغييرات الحادثة ومع متطلبات حياتية وتجعله قادراً على تحمل المسئولية ومواجهة المشكلات، وتحقق ثقته بنفسه وتساعده على التصرف بفاعلية في المواقف المختلفة (توفيق، 2002: 167).

وتزداد أهمية مهارات الحياة اليومية لذوي الإعاقات بصفة عامة، إذ أن قدرتهم على أداء مهارات الحياة الاستقلالية ترتبط بتقديرهم لذواتهم وتقبلهم لها. كما أن الأفراد المعاقين بصرياً الذين لا يتلقون مساعدة من الآخرين ترتفع مستويات تقديرهم لذواتهم، وهو ما يتفق مع رؤية "تاتل" Tuttle (1984) أن الاستقلالية هي أحد أهم العوامل المرتبطة بتقدير الذات والتوافق لدى الأفراد ذوي الإعاقة البصرية (Beach & Robinet، 1995: 539) (Wagner، 2004: 709).

ويمكن عرض أهم تصنيفات مكونات مهارات الحياة اليومية على النحو التالي:

ـ المستوى البسيط من المهارات الحياتية وتشمل:

(أ) القدرة البدنية: Physical ability

وهي تحتوي على مجموعة من القدرات التي يمكن أن نطلق عليها المهارات الحركية الرئيسية، مثل: الحفاظ على التوازن، قبض اليدين وبسطها، التحكم في الرأس والرقبة، الجلوس باعتدال، المشي بطريقة سليمة والوقوف وهكذا ....

(ب) استخدام اليدين بشكل وظيفي: Hand Function

وهي قدرة تعتمد ليس فقط على التحكم الحركي وإنما أيضاً على النمو الإدراكي والحسي والمعرفي، وهي تتكون من مهارات الوصول إلى الشيء، القبض عليه، وبسط اليدين مرة أخرى، والكفاءة في استخدام اليدين.

(ج) النمو الحسي: Sensory development

وتعد الحواس وسائل وقنوات هامة للحصول على المعرفة وتحديد المثيرات والتعامل أو الاستجابة للمثيرات. كما أنها وسائل هامة للتمييز بين المثيرات المختلفة وتتداخل في جميع المهارات والتفاعلات التي يقوم بها الفرد.

ـ المستوى المتوسط، ويشمل:

(أ) التعلم الإدراكي والمفاهيم: Perceptual and Conceptual Learning

ويمثل امتداداً للنمو الحسي لكن بشكل أكثر تطوراً وتعقداً، وتستخدم في هذه المرحلة في عملية اكتساب المفاهيم وخاصة المجردة كالأمانة، والوقت، والحق، والعدل.... فالمعروف أن في المراحل الأولى لاكتساب المفاهيم يسهل اكتساب المفاهيم العينية، مثل " الولد "، " الكرة "، ثم تأتي مرحلة اكتساب المفاهيم التي تمزج بين النوعين مثل " ولد طيب " أو سيئ وهكذا.

(ب) اللعب والاشتراك في الأنشطة:

ويعد اللعب هاماً جداً لنمو الأفراد، حيث يساعدهم على اكتساب العديد من المهارات الأساسية التواصل مع الآخرين عن الآراء، الوعي المكاني.

(ج) مهارات العناية بالذات:

وهي مهارة تعتمد على المهارات السابقة سواء في المستوى الأول أو الثاني، حيث يتحتم على الفرد اكتساب هذه المهارات كمتطلب لاكتساب مهارات العناية بالذات ومن هذه المهارات:

1- اللبس واختيار الملابس: Dressing and Clothes Selection:

وتشير إلى القدرة على لبس الملابس وتغييرها، واختيار الملابس المناسبة للسن والمناسبة الاجتماعية وكذا الطقس الجوي كلبس الملابس الثقيلة في فصل الشتاء، والملابس الخفيفة في الصيف. وتشمل أيضاً القدرة على الترتيب الصحيح للبس الملابس وما يجب البدء به، كما أنها تشمل حركات الجسم المناسبة أو الميسرة للبس الملابس وخلعها.

2- استخدام الحمام Toileting: يعتبر الاستخدام المستقل للحمام من أهم مهارات العناية بالذات لأنه يتعلق بخصوصيات قلما يسمح الفرد لغيره الإطلاع عليها أو مساعدته في أدائها. وتتضمن هذه المهارة في المراحل المبكرة من حياة الطفل معرفة الوقت الذي يحتاج فيه الفرد الدخول إلى الحمام.

3- مهارات تناول الطعام والشراب.

4- مهارات الحفاظ على المظهر الشخصي.

5- مهارات الاعتناء بالأسنان ونظافتها.

المستوى المتقدم:

ويتضمن مهارات التفاعل الاجتماعي والمهارات الاجتماعية ومهارات الحياة المستقلة وهي المهارات الميكانيكية والعملية والوظيفية الضرورية للفرد ليعيش بأمان وصحة بدون مساعدة أو دعم.

وقد عرض" سكوت وبريسمانز" (Scott & Presmanes، 2001: 386-387) بعض المهارات الحياتية على النحو الآتي:

1- الأمور المتعلقة بالصحة العامة Health Practices: وتتضمن العناية ببعض الأمور المتعلقة بالصحة العامة والوقاية من الأمراض، تناول الدواء كما وصفه الطبيب، وإتباع تعليمات الطبيب والحفاظ على مواعيد الطبيب.

2- العناية بالمنزل: وتتضمن التنظيف، وتنظيم الأشياء داخل المنزل.

3- التواصل Communication: ويتضمن الاستماع إلى الآخرين، والتعبير عن المشاعر والآراء، والتعبير عن طموحاته وأمنياته.

4- الأمان Safety: استخدام المواقد والشعل، وإشعال أعواد الثقاب بأمان، والسكاكين، والمقصات، والأدوات المشابهة.

5- إدارة الوقت Time managing: إتباع جدول ثابت في حياته، النوم في موعد ثابت، المحافظة على مواعيده مع الغير، عمل برنامج يومي.

6- إدارة المال Money-managing: يصرف الأموال بحكمة ولا يسرف في استخدام الأموال.

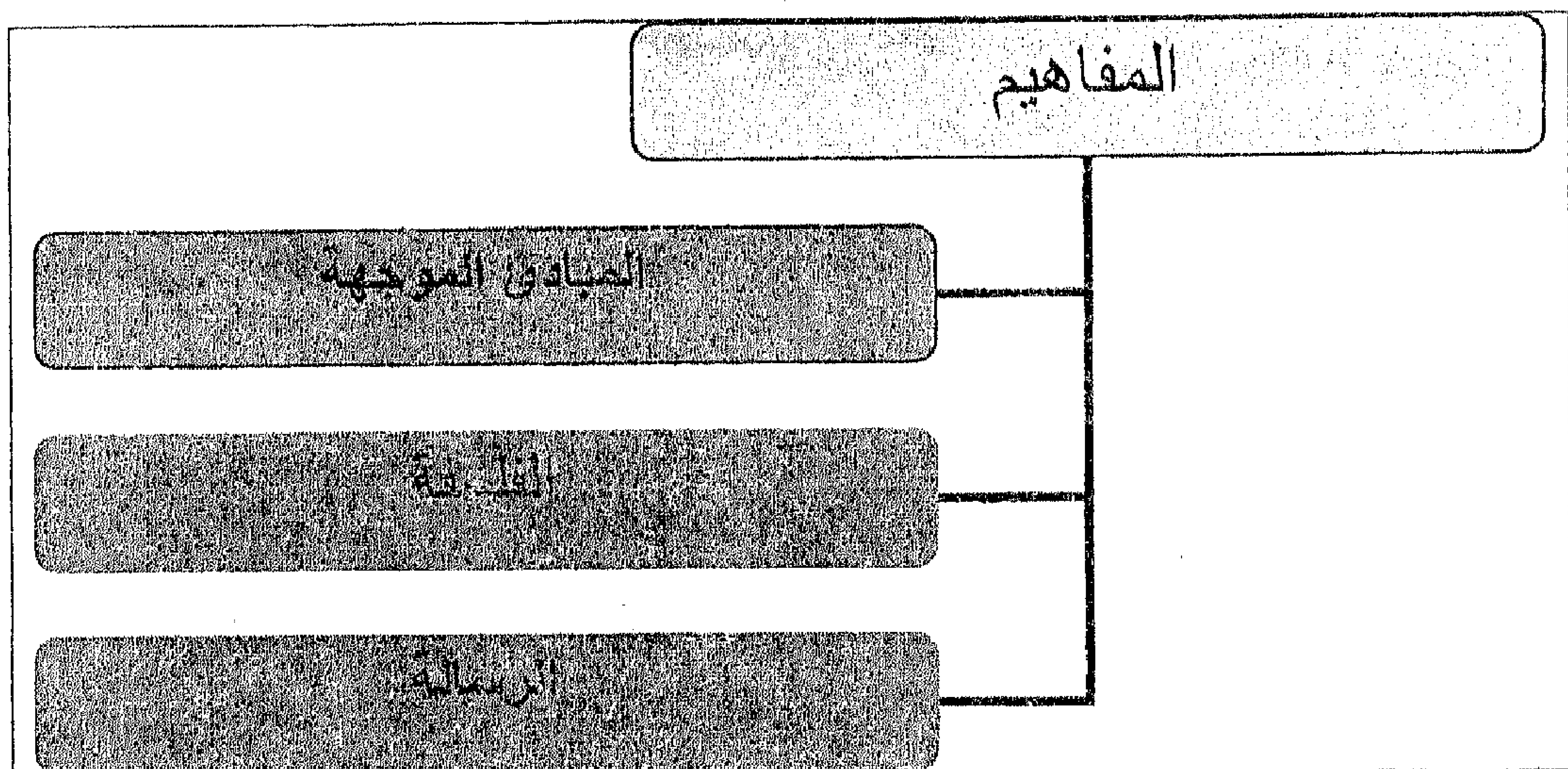
7- حل المشكلات: القدرة على حل مشكلات الحياة اليومية.

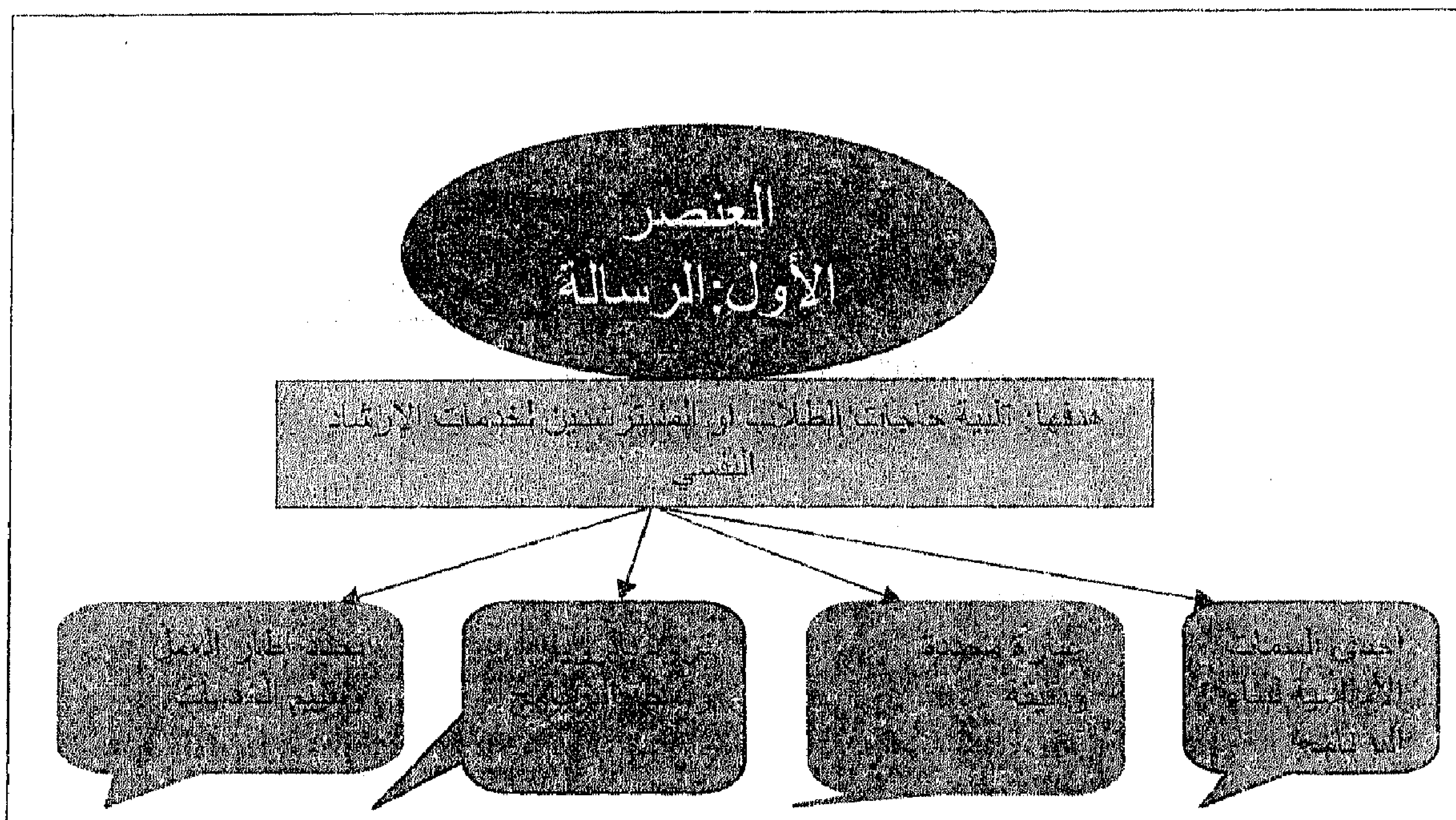
8- العلاقات الأسرية: إقامة العلاقات الإيجابية مع أفراد الأسرة.

9- قضاء وقت الفراغ: استخدام وسائل مختلفة لقضاء وقت الفراغ، الاشتراك في الرياضيات والحفلات وقراءة الكتب والمجلات والألعاب الترويحية.

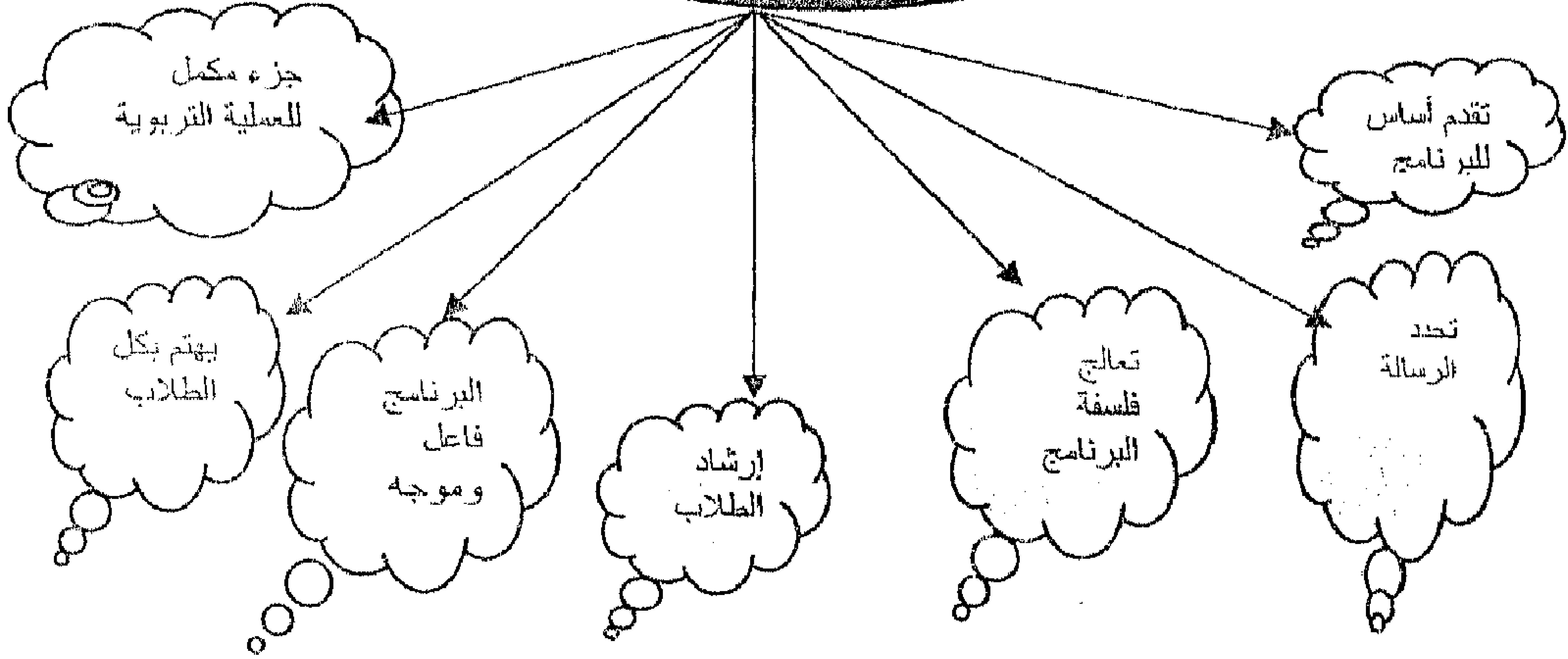
وأخيراً يمكن القول: إن إتقان مهارات التواصل الاجتماعي: اللفظي وغير اللفظي، الحركي والحسي لدى الكفيف يعتمد على التدريب والاستخدام السليمين لهذه المهارات، وعلى الرغم من أن المبصر والكفيف يمران بنفس الخطوات التي يتطلبها تعلم المهارات (المرسل، الرسالة، المستقبل، التغذية الراجعة)، إلاّ أن هناك فروقاً فيما يتعلق بدرجة الإتقان لهذه المهارات، وهذا يرجع إلى اختلافهما في القنوات الحسية والمعلومات السابقة والخبرات الاجتماعية والحالة النفسية، وطبيعة الخدمات المقدمة للمكفوفين.

مخطط عام
للخطوات الرئيسة في تصميم وتنفيذ برامج الإرشاد النفسي





العنصر الثاني
الفلسفة



العنصر الثالث
المبادئ الموجهة

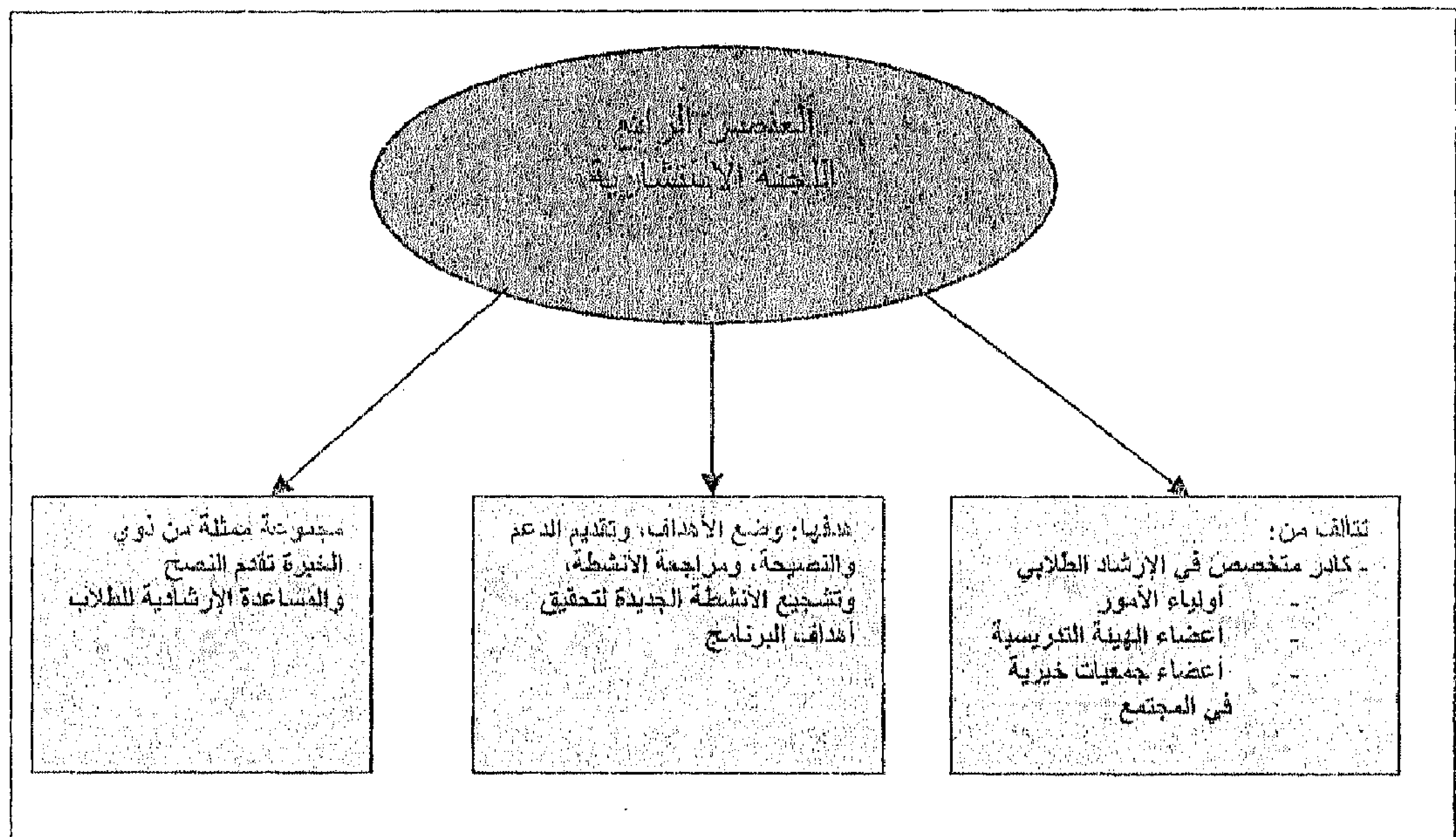
عبارات تتعلق بالمساهمة التي يقوم بها البرنامج لنجاح الطلاب

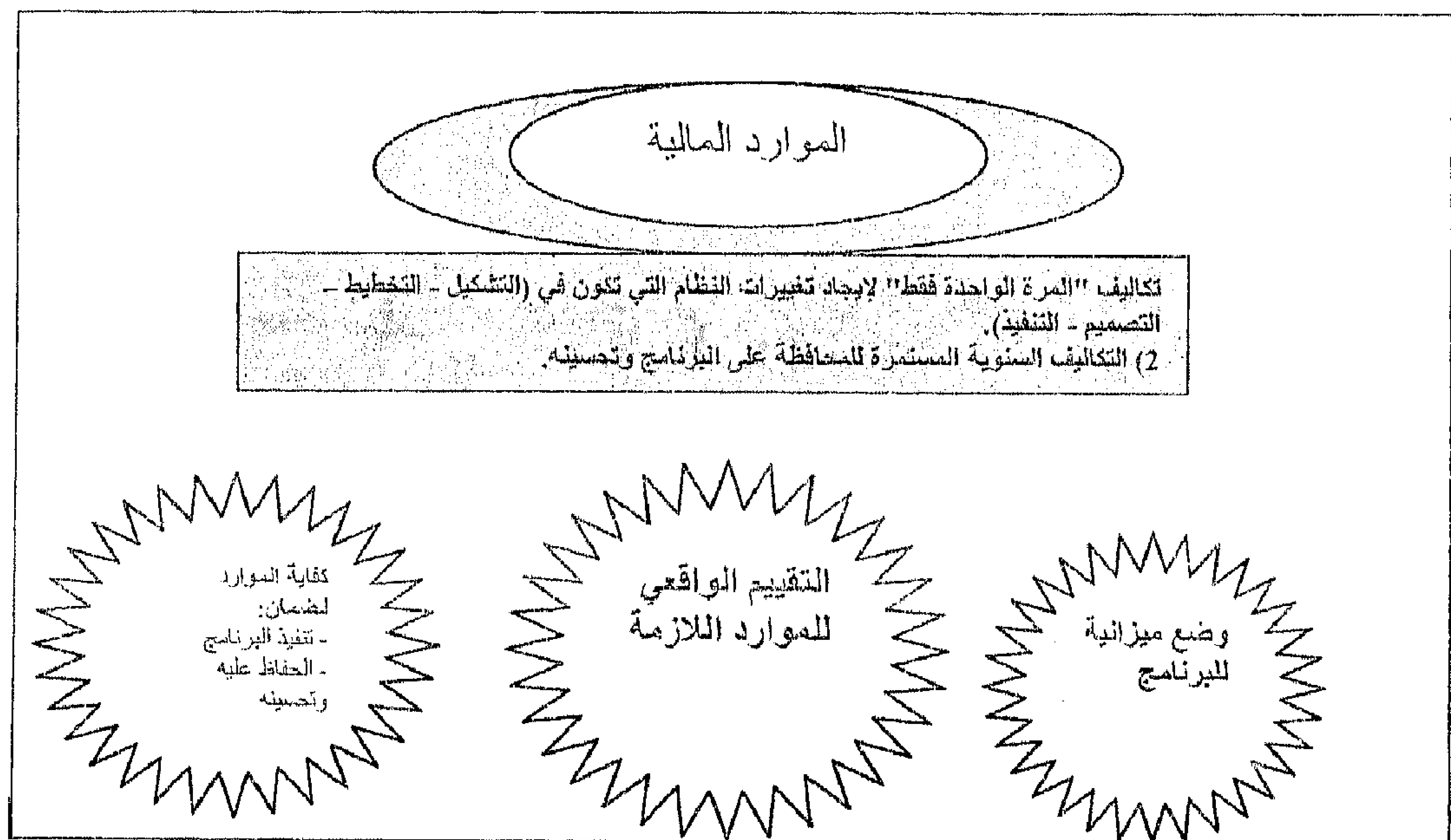
تحدد توجيه وبناء برنامج

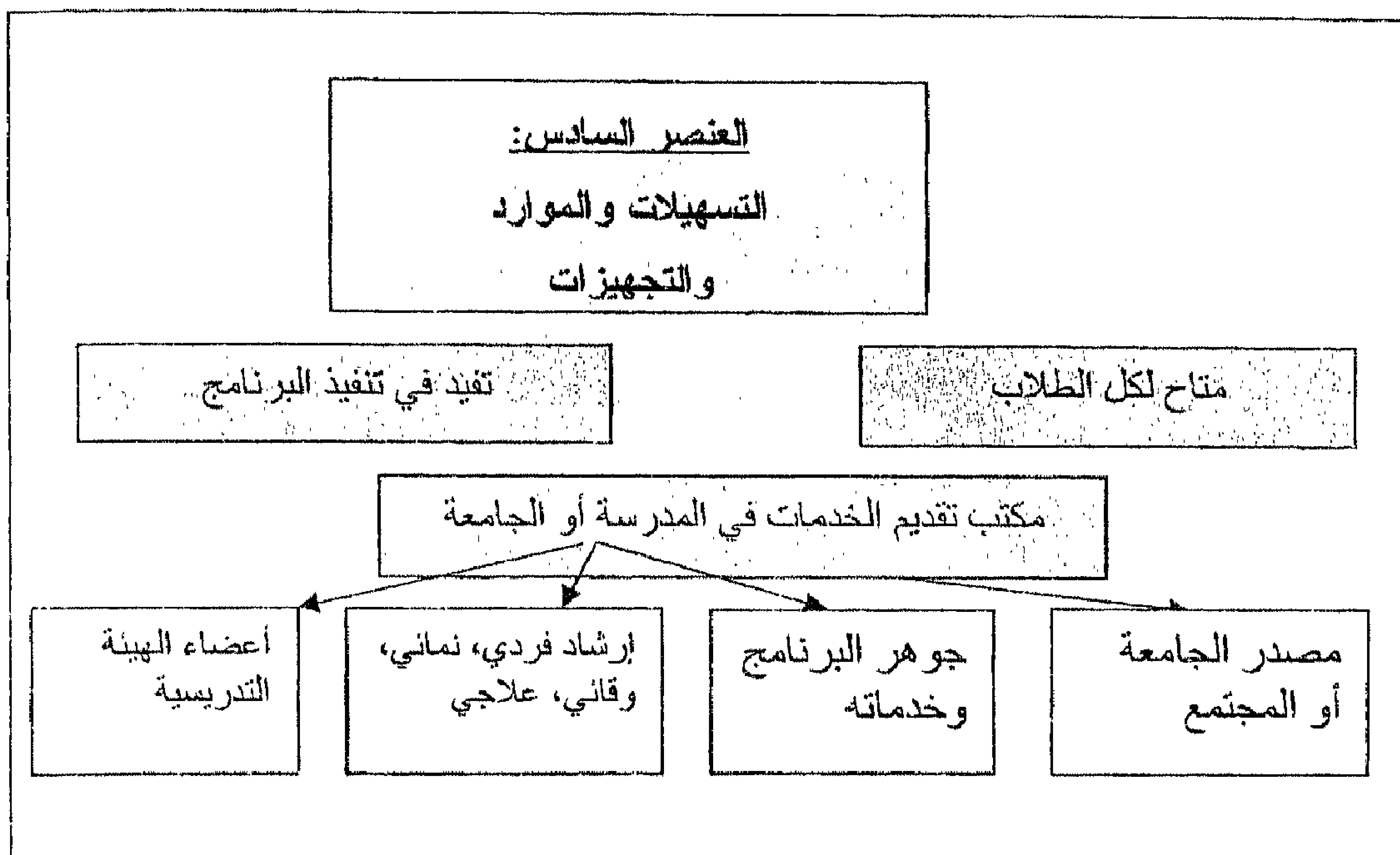
برنامج الإرشاد الشامل

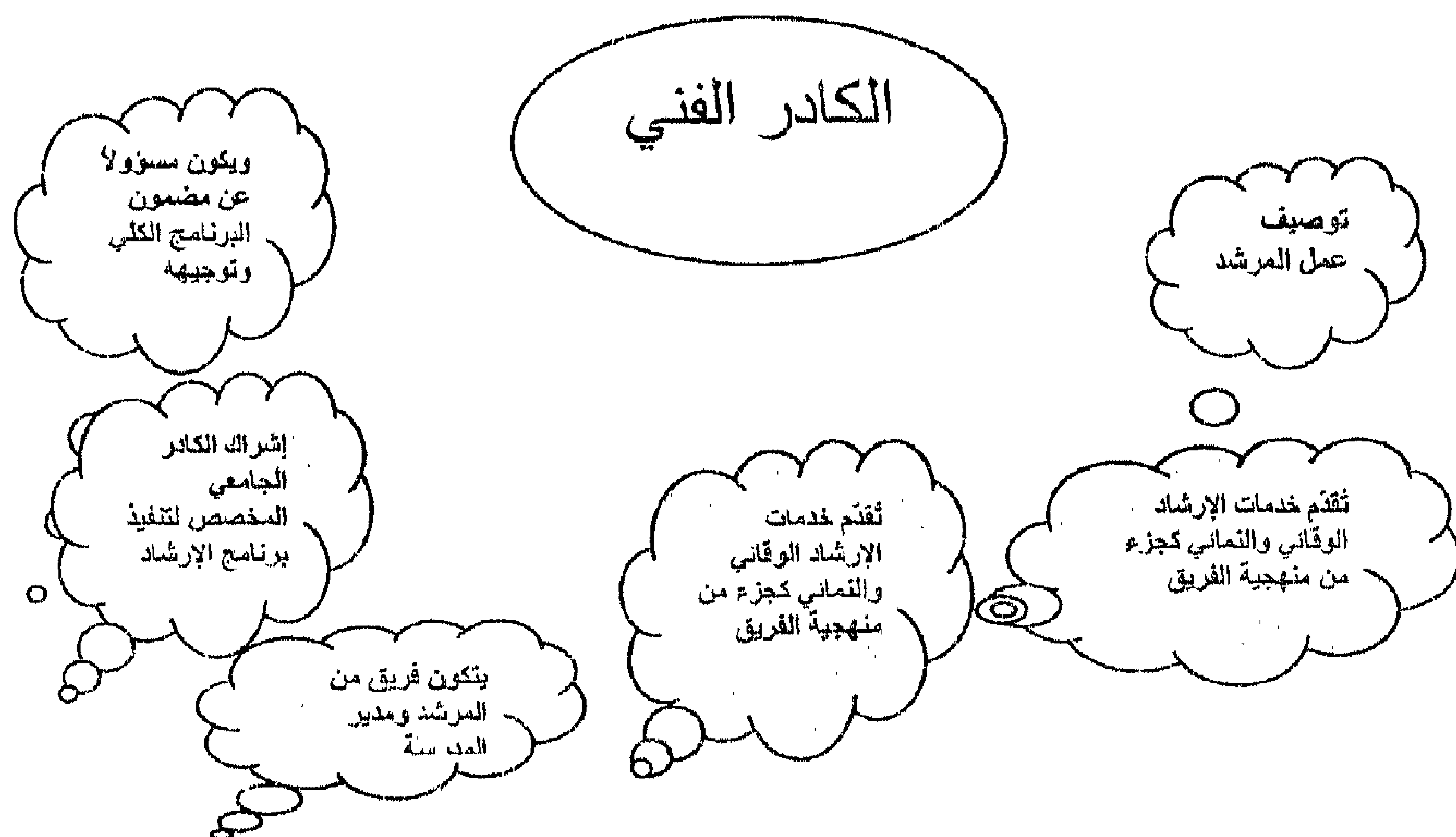
1- مرتبط بالبرنامج التعليمي الكلي في الجامعة
2) يتضمن أنشطة مبنية حسب حاجات الطلاب
3) يحتوي على نتائج الطلاب التي تم قياسها (تحصيلياً ونفسياً واجتماعياً)
4) يقدم خدمات نمائية ووقائية.
5) جزء مكمل للخبرة التعليمية الكلية للطلاب.

) شريك في العملية التعليمية.
7) يستند إلى المعايير وكفايات الطلاب.
8) أساسي للنمو الشخصي والنجاح الأكاديمي للطلاب.
9) شامل يلبي حاجات كل الطلاب ذوي الحاجات الخاصة
10) يعتمد على دعم وتعاون إدارة الجامعة وأعضاء الهيئة التدريسية والطلاب العاديين والمجتمع.
11) يتضمن عناصر منهجية تحدد بشكل واضح المعارف والاتجاهات والمهارات التي ينبغي اكتسابها اكتسابها ذوى الحاجات الخاصة.

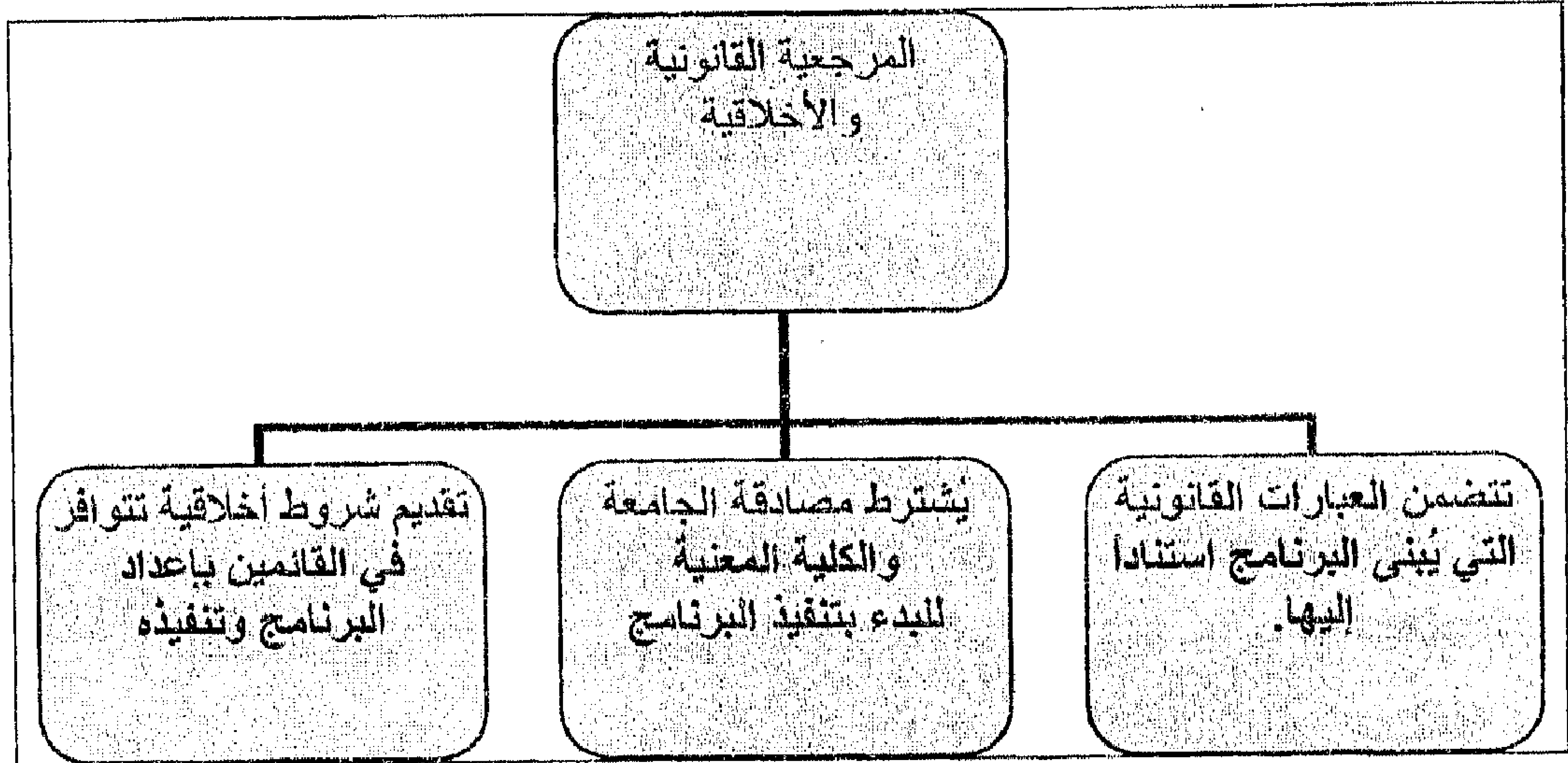

العنصر الرابع
اللجنة الاستشارية
تتألف من:
- كادر متخصص في الإرشاد الطلابي
- أولياء الأمور
- أعضاء الهيئة التدريسية
- أعضاء جمعيات خيرية في المجتمع
هدفها: وضع الأهداف، وتقديم الدعم والنصيحة، ومراجعة الأنشطة، وتشجيع الأنشطة الجديدة لتحقيق أهداف البرنامج
مجموعة ممثلة من ذوي الخبرة تقدم النصح والمساعدة الإرشادية للطلاب


الموارد المالية
تكاليف "المرة الواحدة فقط" لإيجاد تغييرات النظام التي تكون في (التشكيل - التخطيط - التصميم - التنفيذ).
2) التكاليف السنوية المستمرة للمحافظة على البرنامج وتحسينه.
وضع ميزانية للبرنامج
التقييم الواقعي للموارد اللازمة
كفاية الموارد لضمان:
- تنفيذ البرنامج
- الحفاظ عليه وتحسينه

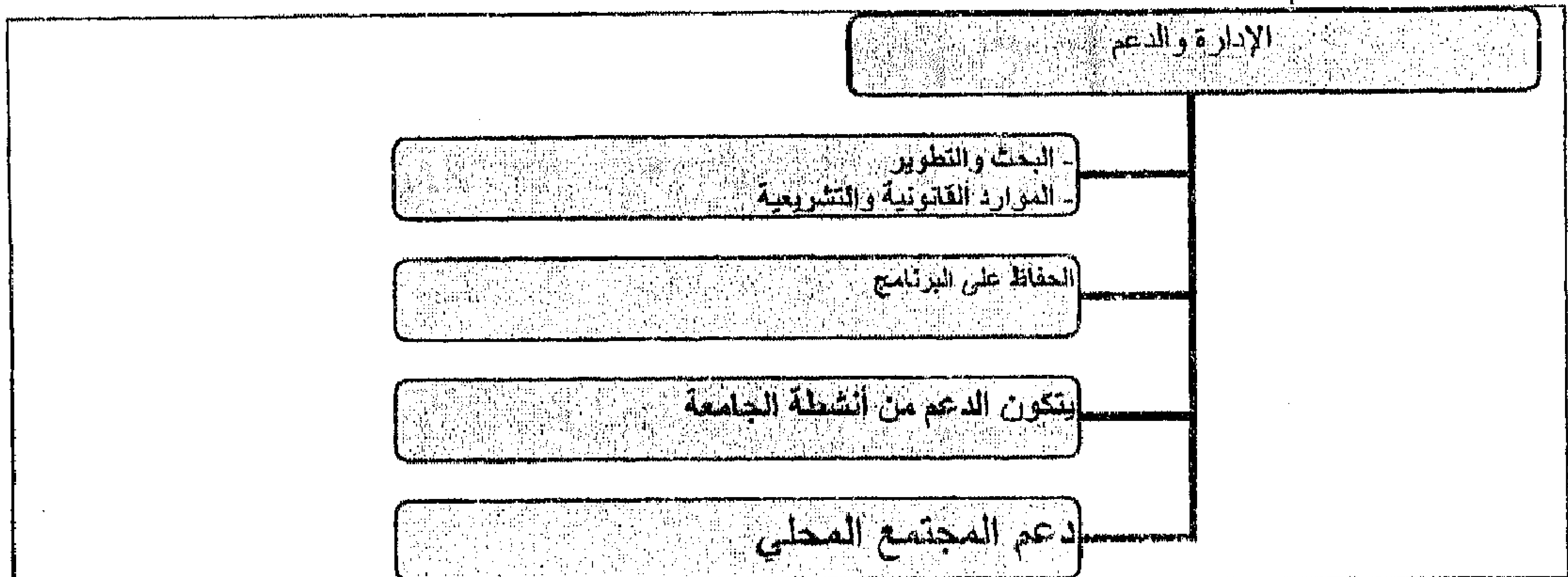

العنصر السادس:
التسهيلات والموارد
والتجهيزات
متاح لكل الطلاب
تفيد في تنفيذ البرنامج
مكتب تقديم الخدمات في المدرسة أو الجامعة
مصدر الجامعة
أو المجتمع
جوهر البرنامج
وخدماته
إرشاد فردي، نمائي،
وقائي، علاجي
أعضاء الهيئة
التدريسية

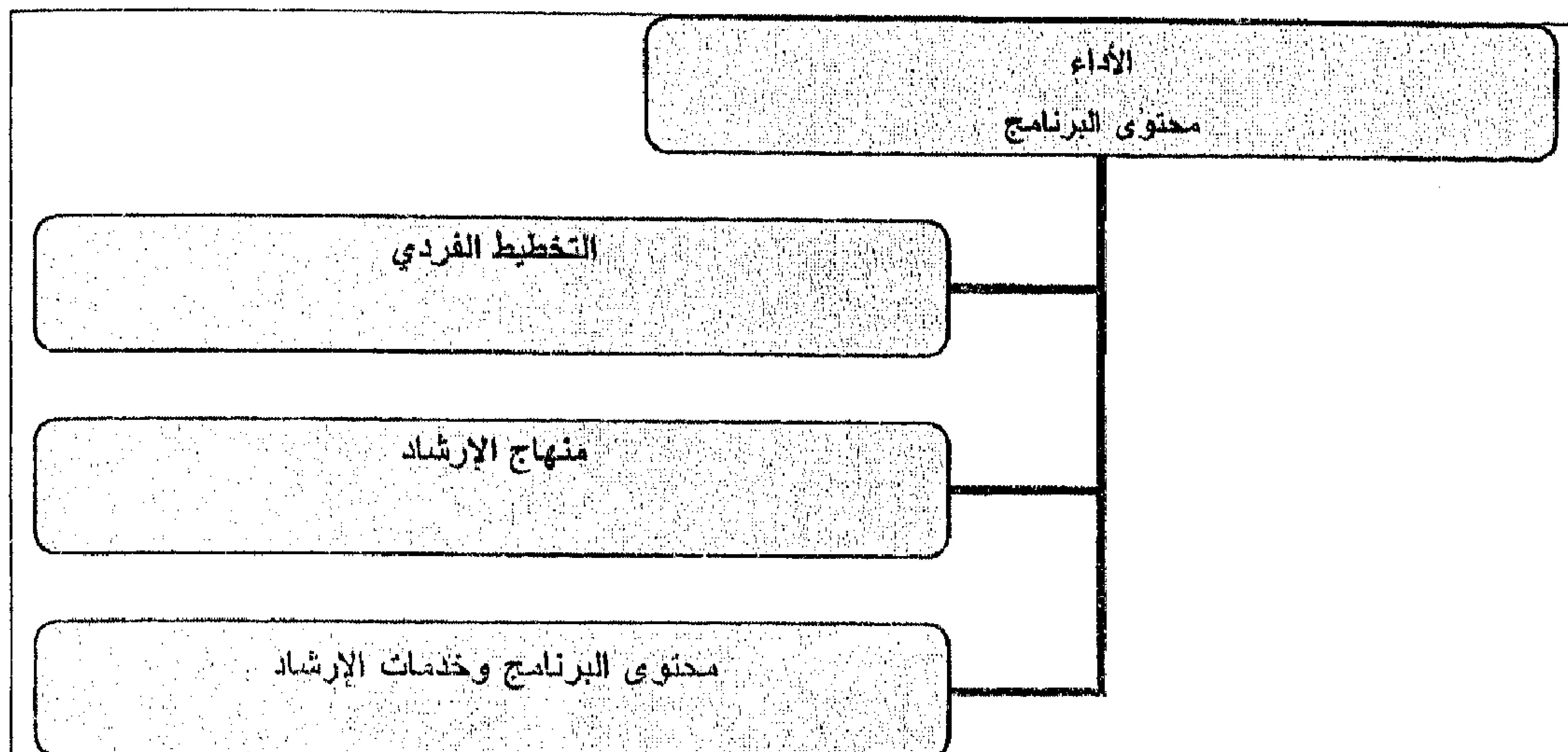

الكادر الفني
ويكون مسؤولا عن مضمون البرنامج الكلي وتوجيهه
توصيف عمل المرشد
إشراك الكادر الجامعي المخصص لتنفيذ برنامج الإرشاد
تُقدّم خدمات الإرشاد الوقائي والنمائي كجزء من منهجية الفريق
تُقدّم خدمات الإرشاد الوقائي والنمائي كجزء من منهجية الفريق
يتكون فريق من المرشد ومدير المدرسة

القضايا القانونية:

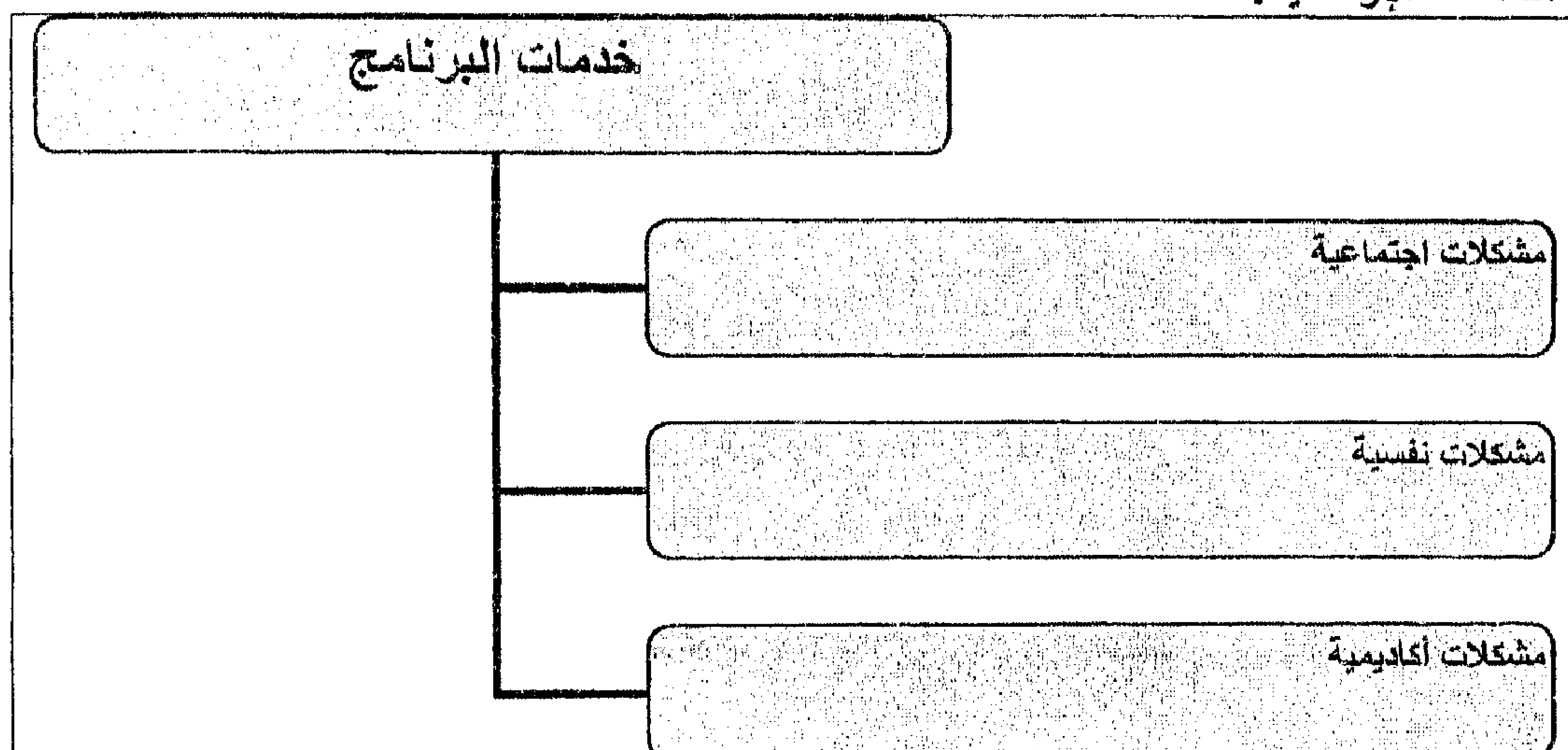


الإدارة والدعم:

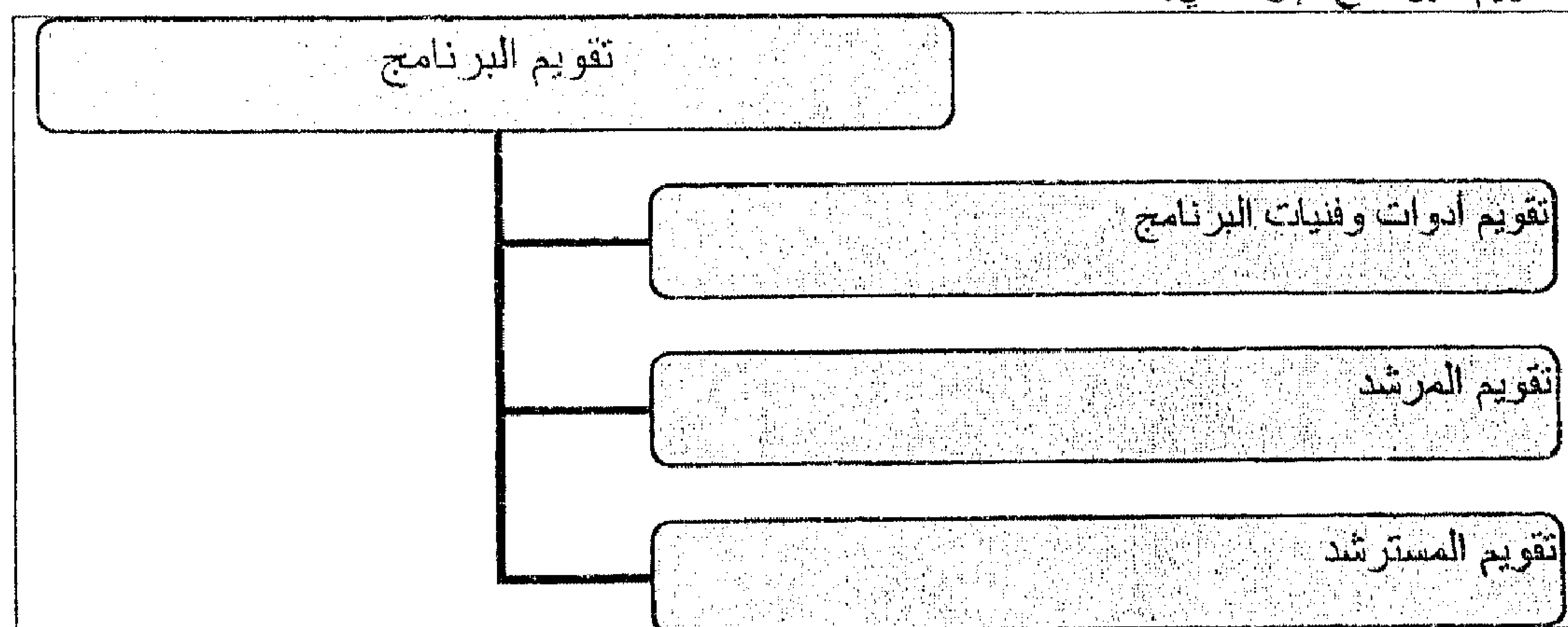




الخدمات الإرشادية:



تقويم البرنامج الإرشادي:



أولاً - المراجع العربية

- إبراهيم،عبد الستار (1982). علم النفس العلاجي - قوة للإنسان، ط2. القاهرة: مكتبة مدبولي.
- إبراهيم، عبد الستار (1998). الاكتئاب. عالم المعرفة، العدد (239). الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- أبو حطب، فؤاد ؛ عثمان، سيد (1976). التقويم النفسي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أبو رية، إيمان (1992) ." فاعلية التدريب على العائد البيولوجي لنشاطات العضلات الكهربائي والاسترخاء في خفض قلق الامتحان". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة طنطا، كلية التربية.
- أبو زيد، سميرة (2003). فنون المعوقين وطرق تدريسها، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- أبو عيطة، سهام درويش (1997). مبادئ الإرشاد النفسي. عمان: دار الفكر.
- أبوعباة، عبدالله؛ ونيازي، عبد المجيد (2001). الإرشاد النفسي والاجتماعي. الرياض: مكتبة العبيكان.
- أحمد، سهير كامل (2000). التوجية والإرشاد النفسي. الاسكندرية: مركز الاسكندرية للكتاب.
- آدم ،أحمد ماهر (2002). التربية الرياضية للمكفوفين، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- أسعد، يوسف ميخائيل (1986). علم الاضطرابات السلوكية. دمشق: مؤسسة النوري.
- آل عطاه، خالد موسى عمر(2008) ."مصادر الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية بمنطقة عسير، مع تصور لبرنامج إرشادي مقترح". رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الملك خالد، كلية التربية.
- الأنصاري، بدر محمد(2000). سلوك التدخين ومعدلات انتشاره، ودوافعه وطرق الإقلاع عنه .بحث مقدم لمؤتمر الكويت العالمي لمكافحة التدخين(19.17 ا بريل).
- باترسون، س. هـ (1995). الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة: سيد عبد الحميد مرسي. القاهرة: مكتبة وهبة.
- باترسون، س.هـ (1990). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة: حامد عبد العزيز الفقي. الجزء الثاني. الكويت: دار القلم.
- بارترسون ، س. هـ(1981). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. ترجمة: حامد عبد العزيز الفقي. الجزء الأول. الكويت: دار القلم.
- بارلو، ديفيد (2002). مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية . ترجمة صفوت فرج وآخرون. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- ببلاوي إيهاب؛ وعبد الحميد، أشرف محمد (2002). الإرشاد المدرسي - استراتيجية عمل الأخصائي النفسي المدرسي. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- ببلاوي، إيهاب، وخضير، محمد (2004). المعاقون بصرياً، الرياض: الأكاديمية العربية للتربية الخاصة.

- بتروفسكي (1966). معجم علم النفس المعاصر. بيروت: دار العلم للملايين.
- بحيري، عبد الرقيب (1990). قائمة مراجعة الأعراض المرضية. القاهرة .مكتبة الأنجلو المصرية.
- بدر، إسماعيل محمد (1997). مدى فاعلية برنامج العلاج بالحياة اليومية في تحسن حالات الأطفال ذوى التوحد. المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي , ديسمبر , المجلد الثاني , كلية التربية, جامعة عين شمس.
- بريدي، عبد الله عبد الرحمن(1999). الإبداع يخنق الأزمات، رؤية جديدة في إدارة الأزمات. بيت الأفكار الدولية.
- بهادر ،سعدية (1980). في سيكولوجية المراهقة .القاهرة: دار البحوث العلمية.
- البيومي، لمياء عبد الحميد(2008). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة قنا السويس، كلية التربية بالعريش.
- توفيق، عفاف، أحمد مهناوي (2002). " تصور مقترح لتفعيل دور الأسرة والمدرسة في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بمجلة كلية التربية ببنها جامعة الزقازيق.
- توماس، كارل (1969). رعاية المكفوفين نفسياً واجتماعياً ومهنياً ، ترجمة صلاح مخيمر ، القاهرة: عالم الكتب.
- جابر، عبد الحميد جابر (1986). نظريات الشخصية. القاهرة: دار النهضة العربية.
- جمل الليل، محمد(2001). مقدمة في الإرشاد النفسي الجماعي. مكة المكرمة: مطابع بهادر.
- جولاني، فايزة(1999). التشخيص النفسي. القاهرة:(بدون دار نشر).
- جونجسما، آرثر، مارك بيترسون(1997). خطة العلاج النفسي . ترجمة: عادل دمرداش، ولطفي فطيم. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الحاج، فايز محمد علي (1987) .الأمراض النفسية، ط2. بيروت: المكتب الإسلامي.
- الحجار، محمد حمدي (1987). أبحاث علم النفس السريري. بيروت: دار العلم للملايين.
- الحجار، محمد حمدي (1992) . العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- حجازي، سلوى السيد سليمان(2005). فاعلية برنامج تدريبي على المهارات الاجتماعية لخفض فوبيا المدرسة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الزقازيق، كلية التربية، قسم الصحة النفسية.
- حدتد عفاف؛ دحادحة، باسم (1998). فاعلية برنامج إرشاد جمعي في التدريب على حل المشكلات والاسترخاء العضلي في ضبط التوتر ، مجلة مركز البحوث التربوية، العدد (5) ، يناير، ص: 63-75، جامعة قطر، قطر.
- الحديدي، منى (2002). مقدمة في الإعاقة البصرية. عمان: دار الفكر.
- حسين، طه عبد المنعم (2004). الإرشاد النفسي - النظرية، التطبيق، التكنولوجيا .عمان: دار الفكر.

- حسين، عبد الرحمن إبراهيم(2003). تربية المكفوفين وتعليمهم. القاهرة ،عالم الكتب.
- حسين، عزة(1989). برنامج إرشادي لخفض مشكلة العدوانية لدى المراهقين الجانحين، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد دراسات الطفولة، جامعة عين شمس.
- الحقي، ألفت (1995). الاضطراب النفسي. الجزء الأول. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- حموده ، محمود (1990). علم النفس الطبي. الجزء الثاني. القاهرة: دار المعارف.
- الخطيب، جمال (2001): أولياء أمور الأطفال المعاقين.الرياض، أكاديمية التربية الخاصة.
- خليل، عمر بن الخطاب (2001) : الأساليب العلاجية الفعالة في التوحد. مجلة معوقات الطفولة ، مركز معوقات الطفولة , العدد (9) ، مايو، جامعة الأزهر.
- خليل، عمر بن الخطاب (1991) : التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه التوحدية. دراسات نفسية، رابطة الاخصائيين النفسيين، المجلد 3 , القاهرة: دار النهضة العربية.
- داكو، بيير (1985) . الانتصارات المذهلة لعلم النفس الحديث. ترجمة وجيه أسعد. دمشق: دار الرسالة المتحدة.
- الداهري. صالح حسن (2000). مبادئ الإرشاد النفسي والتربوي. عمان: دار الكندي
- الدسوقي، كمال محمد (1990). ذخيرة علوم النفس، المجلد الثاني، القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.
- دلاس، لاين وجرين (1981). مفهوم الذات ، أسسه ونظرياته وتطبيقاته. بيروت: دار النهضة العربية.
- ديلاني، دانيال، وايزنبرغ، شيلادون (1995). عملية الإرشاد النفسي، ترجمة: علي سعد ، عدنان الأحمد . دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- رزوق. أسعد (1979). موسوعة علم النفس . ط2. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- الرفاعي، نعيم (1982). العيادة النفسية ، الجزء الأول . دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- الرفاعي، نعيم (1985). التقويم والقياس في التربية. دمشق: منشورات جامعة دمشق.
- روجرز، كارل (1971). الاستشارة في العلاج النفسي. ترجمة: محمد أحمد غالي .القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- الروسان، فاروق (1998). قضايا ومشكلات في التربية الخاصة.عمان :دار الفكر .
- الزعبي، أحمد محمد (1994). الإرشاد النفسي. صنعاء: دار الحكمة اليمانية.
- الزعبي، أحمد(2007). التوجيه والإرشاد النفسي - أسسه ، نظرياته، طرائقه ،مجالاته ، برامجه - الرياض: مكتبة الرشد.
- الزعبي، رنا يونس(1999). الأزمات التي يواجهها طلبة المدارس من وجهة نظر المرشدين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة اليرموك، إربد: الأردن.
- الزعمط، يوسف شلبي(200): التأهيل المهني للمعوقين، عمان: دار الفكر.
- زهران، حامد (1985). الصحة النفسية. ط4. القاهرة: دار المعارف.

- زهران، حامد (1994). التوجيه والإرشاد النفسي. دمشق : منشورات جامعة
- الزهراني، أحمد بن خميس بن سعيد(1998). تقويم فاعلية برنامج إرشادي مقترح للإقلاع عن التدخين في البيئة السعودية، رسالة دكتوراه غير منشورة . جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس.
- الزهيري، إبراهيم عباس(2007). تربية المعاقين والموهوبين ونظم تعليمهم. القاهرة: دار الفكر العربي.
- زيعور، علي (1977). المدخل إلى التحليل النفسي والصحة العقلية. بيروت: الشركة العالمية للكتاب.
- الزيود، نادر (1998). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. عمان: دار الفكر.
- السبيعي،عدنان،(2000). معاقون وليسو عاجزين. دمشق: دار الفكر.
- ستور، أنتوني (1991). فن العلاج النفسي.ترجمة: لطفي فطيم. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ستيناو، نيلسون (1989). الدراما الإبداعية كأداة في العمل التربوي التواصلي، ورشة المواد العربية، بيروت.
- سعيد، سامية؛ وصديق محمد (2005). دليل إعداد وتصميم الاختبارات والمقاييس النفسية. بني سويف: مطبعة كلية العلوم.
- سلطان، عبد المحسن عبد المقصود(2005) : دور المجتمع نحو أبنائه من ذوي الاحتياجات الخاصة. الاسكندرية :منشأة المعارف.
- سليمان، عبد الرحمن سيد (1999). بحوث ودراسات في العلاج النفسي. الجزء الأول. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- سليمان، عبد الله محمود (1999). نحو تصور إجرائي لبرنامج علم النفس الإرشادي في المدرسة، مجلة شؤون اجتماعية ، العدد (62) الإمارات العربية، جمعية الاجتماعيين.
- سليمان، عبد الله محمود (2000). برامج الإرشاد النفسي وأثرها في تنمية طلبة الجامعات ومؤسساتها. دراسات نفسية ، المجلد العاشر، العدد الأول، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم) ، القاهرة.
- سليمان، ميار محمد علي (2003). فعالية برنامج إرشادي لخفض قلق الانفصال لدى أطفال الروضة، رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية، جامعة الزقازيق.
- سمادوني، السيد (1981). المؤشرات الفيزيولوجية المختلفة من القلق كسمة، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية، جامعة طنطا.
- شابيرو(1985). منحى اكلينيكي لبحوث أساسية مع الإشارة إلى حالة فردية. في مرجع "في علم النفس الاكلينيكي". ترجمة مجموعة من الباحثين. القاهرة: دار المعارف.
- شبلي، فادي رفيق .(2002). إعاقة التوحد المعلوم والمجهول . الكويت: دار الصباح.

- شربيني، لطفي زكريا (2000). أساليب جديدة لعلاج حالات الإعاقة , أمل جديد لعلاج حالات "الأوتيزم" أطفال التوحد ". مجلة النفس المطمئنة , السنة الخامسة عشر , العدد (62) ، القاهرة، الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية.
- شرف، إسماعيل(1996) تأهيل المعوقين ، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.
- شرقاوي، مصطفى خليل(2000).أسس الإرشاد والعلاج النفسي - إطار مرجعي. القاهرة: دار النهضة العربية.
- شعبان، كاملة الفرخ؛ تيم، عبد الجابر (1999). مبادئ الإرشاد النفسي . عمان: دار الصفاء للنشر والطباعة.
- الشعلان، فهد أحمد(1423هـ). إدارة الأزمات: الأسس، المراحل، الآليات. ط2، الرياض: الشركة الوطنية للتوزيع.
- الشعلان، فهد أحمد(1428 هـ) . دور التنسيق في خطط مواجهة الكوارث، مؤتمر الدفاع المدني (21)، الرياض.
- الشعلان، فهد أحمد(1996). مواجهة الأزمات الأمنية، المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، العدد(11)،ص: 151.92، الرياض.
- شقير، زينب محمد (2002). علم النفس العيادي والمرضي للأطفال والراشدين. عمان: دار الفكر.
- الشناوي، محمد محروس (1996). العملية الإرشادية. القاهرة: دار غريب.
- الشيخ حمود، محمد عبد الحميد (2007). الإرشاد المهني . دمشق. منشورات جامعة دمشق.
- الشيخ، أماني محمد(2007). فعالية برنامج إرشادي انتقائي في خفض مستوى الخجل لدى طالبات الجامعة، رسالة دكتوراه غير منشوره، جامعة الزقازيق، كلية التربية.
- صادق، فاروق(2008). التوحيدية، التشخيص الفارق - صور التوحد واحتياجاتها في رسم البرامج. ورشة العمل الوطنية للأطر العاملة في مجال الإعاقة العقلية، دمشق 13_2008/7/16.
- صبحي، سيد (2003). الإنسان وصحته النفسية. القاهرة : الهيئة العامة للكتاب.
- الصديق، محمد أحمد (2005). دليل المرشد النفسي. بني سويف: مطبعة كلية العلوم.
- الطيب، محمد عبد الظاهر (1981). تيارات جديدة في العلاج النفسي. القاهرة: دار المعرفة الجامعية.
- العاسمي، رياض نايل (2001) .علم النفس المرضي . دمشق: مطابع الإدارة السياسية.
- العاسمي، رياض نايل (2002). "أثر برنامج إرشادي قائم على فنية العلاج المتمركز على المسترشد بمصاحبة التغذية المرتدة البيولوجية في خفض الضغوط النفسية لدى المعلمين" ، مجلة جامعة دمشق.
- العاسمي، رياض نايل (2007). سيكولوجية الطفل الرافض للمدرسة . دمشق: منشورات وزارة الثقافة.
- العاسمي، رياض نايل (1998)." أثر العلاج النفسي المصاحب للتغذية المرتدة في خفض القلق العام لدى المترددين على العيادة النفسية". رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة القاهرة.
- العاسمي، رياض نايل(2005). علم النفس الاجتماعي. دمشق: مطابع الإدارة.
- العاسمي، رياض نايل(2007) . محاضرات في التشخيص النفسي، جامعة دمشق: كلية التربية.

- العاسمي، رياض نايل(2009). برنامج إرشادي باستخدام السيكودراما في علاج التدخين. برنامج في جامعة الملك خالد، أبها

- العاسمي، رياض نايل.(2002). الإرشاد النفسي العملي. دمشق: مطابع الإدارة السياسية.

- العاسمي، رياض؛ رحال، ماريو(2005).الإرشاد النفسي والتربوي . دمشق . منشورات جامعة دمشق.

- العاسمي، رياض وآخرون (2004). مبادئ الإرشاد النفسي لطفل الروضة . دمشق : منشورات جامعة دمشق.

- عبد الباقي،هدى سليم (1993). الخدمة الاجتماعية والعيادة النفسية. بيروت: مؤسسة بحسون.

- عبد الخالق، أحمد (1993). أصول الصحة النفسية. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية .

- عبد الرحمن، محمد السيد (1998). دراسات في الصحة النفسية. القاهرة: دار قباء.

- عبد الرحيم، عبد المجيد(1997). تنمية الأطفال المعاقين، القاهرة ، دار غريب.

- عبد الرحيم، فتحي السيد(1990). سيكولوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة ، ج2، الكويت: دار القلم .

- عبد الله ، محمد عادل (2001). مقياس الطفل التوحدي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

- عبد الله، ربيع شفيق لطفي(2000). الأزمات التي يواجهها طلبة المدارس في محافظات شمال فلسطين من وجهة نظر المدراء والمرشدين، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة النجاح الوطنية.

- عسقلاني، عائشة عبد الخالق (1995). مدى فعالية العلاج بالواقع في علاج بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية بسلطنة عمان، رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية، جامعة عين شمس.

- عسكر، رأفت (1998). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

- عكاشة، أحمد (1994).الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- علي، علي(1995)العلاج القصير في خدمة الفرد والتدخل في مواقف الأزمات. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

- علي، علي(1999). استراتيجيات الخدمة الاجتماعية المدرسية للتدخل في مواقف الضغوط والأزمات. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

- عماري، عباس(1993). إدارة الأزمات في عالم متغير. القاهرة: مركز الأهرام.

- عمر، ماهر محمود (1984). المقابلة في الإرشاد والعلاج النفسي. الاسكندرية: دار المعرفة.

- العمري، سلطان(2010)." الفروق بين المدخنين وغير المدخنين في سمة القلق ومفهوم الذات لدى طلاب المرحلة الثانوية بمحافظة النماص"، رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة الملك خالد، كلية التربية.

- العمري، عبد الهادي يحيى(2009). العوامل والأسباب التي تدفع إلى ممارسة سلوك التدخين من وجهة نظر بعض الطلاب وغير المدخنين في المرحلة الثانوية في محافظة المخواة. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى، قسم علم النفس.
- العمري، عبدالله (1426هـ) . دراسة تطبيقية على طلاب وطالبات التعليم العام في المملكة العربية السعودية. الرياض.
- عواد ، أحمد ، شريت ، أشرف محمد عبد الغني(2008): تنمية المهارات الاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقة البصرية. الاسكندرية ،مؤسسة حورس الدولية .
- العيسوي، عبد الرحمن (1994). علم النفس الطبي. الإسكندرية: منشأة المعارف.
- غنيم ، سيد محمد (1987). سيكولوجية الشخصية. القاهرة: دار النهضة.
- فام، رشدي (1969). كيفية تقييم البرامج التدريبية. القاهرة: وزارة التربية.
- فام، رشدي(2000). كلمات في علم النفس. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية
- فرج، طريف شوقي محمد (1998) : توكيد الذات، مدخل لتنمية الكفاءة الشخصية، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- فرج، طريف شوقي محمد (2002): المهارات الاجتماعية والاتصالية. دراسات وبحوث نفسية. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر.
- فضة، حمدان (1995). العلاج المتمركز على الشخص ومدى فاعليته في تحسين القلق ، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية فرع بنها، جامعة الزقازيق.
- فتي، حامد (1994). مدخل في الإرشاد النفسي. طبعة ثانية. الكويت: دار القلم.
- فهمي ، مصطفى (1987): الصحة النفسية: دراسات في سيكولوجية التكيف، ط2، القاهرة: مكتبة الخانجي.
- قاسم، بديع محمود (2001). علم النفس المهني بين النظرية والتطبيق،عمان: مؤسسة الوراق.
- قاضي، يوسف (1981). الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي: الرياض. دار المريخ.
- قاضي، يوسف؛ فطيم، لطفي، عطا، محمود (2002). الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي. الرياض: دار المريخ .
- قذافي، محمد رمضان (1997). التوجيه والإرشاد النفسي. بيروت: دار الجيل.
- قريطي، عبد المطلب أمين(1996) سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة وتربيتهم، القاهرة دار الفكر العربي،.
- قريوتي، يوسف، السرطاوي ،عبد العزيز، الصمادي، جميل.(1995) المدخل إلى التربية الخاصة. دبي: دار القلم.
- قطان، سامية ؛ ومخيمر، صلاح (1979). كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية. الجزء الأول. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

- قطان، سامية ؛ ومخيمر، صلاح (1982). كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية . الجزء الثاني. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- قطب وآخرون(2005). إيقاف التدخين. الرياض: قرطبة للنشر والتوزيع.
- قمحة، حسان، معصراني، محمد(1993). الطب الوقائي والصحة العامة. دمشق: دار المعاجم.
- كازدين،ألان(2000). الاضطرابات السلوكية للأطفال والمراهقين. ترجمة : عادل عبدالله. القاهرة: دار الرشاد.
- كالفين، هول، جاردينر ليندزي (1978). نظريات الشخصية.القاهرة: دار الشايع للنشر.
- كامل،عبد الوهاب (1994). علم النفس الفيزيولوجي. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- كفافي، علاء الدين (1999). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري. القاهرة: دار الفكر.
- كولز (1992). مدخل إلى علم النفس الإكلينيكي. ترجمة عبد الغفار الحكيم الدمياطي وآخرون. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- لازاروس، ارلوند (2002). العلاج النفسي الشامل الحديث. ترجمة: محمد حمدي الحجار. لبنان: مؤسسة الرسالة.
- مارتن، دافيد (1973). العلاج السلوكي والظاهرياتي. ترجمة. صلاح مخيمر. القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
- ماكاي، دوجال (2002). علم النفس الإكلينيكي - النظرية والتطبيق. ترجمة: عباس محمود عوض. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية .
- مالح، حسان (1995). "الوساوس المتسلطة"، مجلة الثقافة النفسية، العدد الثالث والعشرون ، المجلد السادس. طرابلس، لبنان.
- مالح، حسان (1995).الخوف الاجتماعي. دمشق: دار الاشراقات.
- مايبري ولازاروس(2008): تعليم التلاميذ ذوي الحاجات الخاصة في صفوف القرن الحادي والعشرين .ترجمة أسماء العطية وموسى محمد ، الاسكندرية: مركز التطوير التربوي.
- معمور، عبد المنان ملا (1998)." فاعلية برنامج إرشادي تدريبي في تخفيف حدة أعراض اضطراب الأطفال المتوحدين ، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس، ص:437. 455 ،القاهرة .
- ملحم، سامي محمد (2007). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي. عمان: دار المسيرة.
- مليكه، لويس كامل (1989). علم النفس الإكلينيكي التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- موسوعة علم النفس الشاملة. (1999). المجلد السادس. بيروت.
- موسى، ناصر علي (1995): المنهج الإضافي ودوره في تنمية المهارات التعويضية لدى الأطفال المعوقين بصرياً، المؤتمر القومي الأول للتربية الخاصة. القاهرة ، ص 65-99.

- نجاتي، محمد عثمان (2005) القرآن وعلم النفس، (الطبعة الثامنة)، القاهرة: دار الشروق.
- نيلسون وستيناو (1989). الدراما الإبداعية كأداة في العمل التربوي التواصلي ، ورشة المواد العربية ، بيروت.
- هارون، صالح عبد الله(1996) مقياس تقدير لمهارات الاجتماعية داخل حجرة الصف، رسالة التربية وعلم النفس ، العدد(20) ، الجزء الأول . الرياض.
- هنري وماير (1992). ثلاث نظريات في نمو الطفل. ترجمة. هدى قناوي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- هول وليندزي(1978). نظريات الشخصية. ترجمة: فرج أحمد فرج وآخرون. الطبعة الثانية. القاهرة: دار الشايع للنشر.
- ياسين، عطوف محمود (1981). علم النفس العيادي . بيروت: دار العلم للملايين.
- يعقوب، غسان(1999). سيكولوجية الحروب ودور العلاج النفسي. بيروت: دار الفارابي.
- يوسف، محمد (1993): المشكلات النفسية لدى الأطفال المكفوفين وعلاقتها بالتحصيل الدراسي. رسالة ماجستير غير منشورة، تربية الأزهر، كلية التربية، جامعة الأزهر.
- يوسف، محمد (1998). برنامج إرشادي لتنمية بعض المهارات الاجتماعية لدى الأطفال ذوي الإعاقة البصرية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية، جامعة الأزهر.

ثانياً ـ المراجع الأجنبية

-American Psychiatric Association.(1994).Diagnostic Criteria From DSM-IV. Published By The American Psychiatric Association.Washington ,DC

- Beck , A.T (1985). Anxiety Disorder & Phobias . New York 64.

- Baker-Sandral. (2001). The Effect of Nicotine and Imaginal Exposure To Anxiety and Smoking cues on smoking Urge, *Nicotine and Tobacco Research* 2, pp. 327–336.

-Beach, J. & Robinet, J. (1995). Self-esteem and independent living skills of Adutts wigh visual impairments Journal of visual Impairment & Blindness. Vol.89, No.6,p.531-541.

Biklen, D. (1985). Mainstreaming : From compliance to quality Journal of Learning Disabilites, vol. 18 (1), pp. 58-61.

-Bishop, V. (1985): Identifying the components of success in Mainstreaming for visually handicapped students Diss. Abs. Int. Vol. 47-02A, p. 495.

-Bowers, J., & Hatch, P. A. (2005). The ASCA National Model: A Framework for School Counseling Programs (2nd ed.). Retrieved 10th March, 2008, from, http://www.schoolcounselor.org/content.asp?contentid=134

-Brawn,S.D (1980). Coping Skills Training :An Evaluation a psychology education program community mental health setting .J.Of Counseling Psychology.vol (27),4,pp.340-345.

-Bremer, C. & Smith, J. (2004) Teaching social skills. National Center on Secondary Education and Transition Information Brief, vol.3 (5):1-6.

-Brown,D and Trusty J(2005).Designing and leading comprehensive school counseling programs.United states.Thomson,Breook,Cole.

Buhrow, M.; Hartshone, T.S; Bradely, J.S. (1998): Parent's and teacher ratings of the social skills elementary age students who are blind. Journal of visual Impairment and Blindness, Vol. 92 (7), pp. 503-512.

Bunani, B. (2002): Comparative evaluation of the effectiveness of various models of education of children with visual Impairment. www. Icevi. Org/publications/ icevix/ wshops/006/html.

Burnett, P (1994) Self concept and self esteem in elementary school Children . Psychology in the Schools, vol .31, pp. 164-171.

-Chambers, M. & Phylistine, K. (1992). Developing Social Skills to Assist Developmentally Delayed Preschool Children in Overcoming Separation Anxiety in A public School Setting Ch. Vol. 40, pp. 2-70.

-Charles , Wand Ronald , Beck, A.T & Freeman .(1990). Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York,. Guiford.

-Charles W, &Ronald,N.(1988). Stress Management Corgbook..London (2ed,s).

-Counts , D,K(1978). An investigation of the effect: And cue – controlled relaxation in the treatment of test Anxiey . Ed , psy , vol (39) - .p . 103 .

- Domininion , j (1976). Depression : What is it ? Howdo We Cope ? The Anchor Press . ltd

-Dunham,J.(1977). The Effect of distruptive behavior teacher education. Review,26,36.

-Douglas.C(1984). Biofeedbach practice.Longman.London.

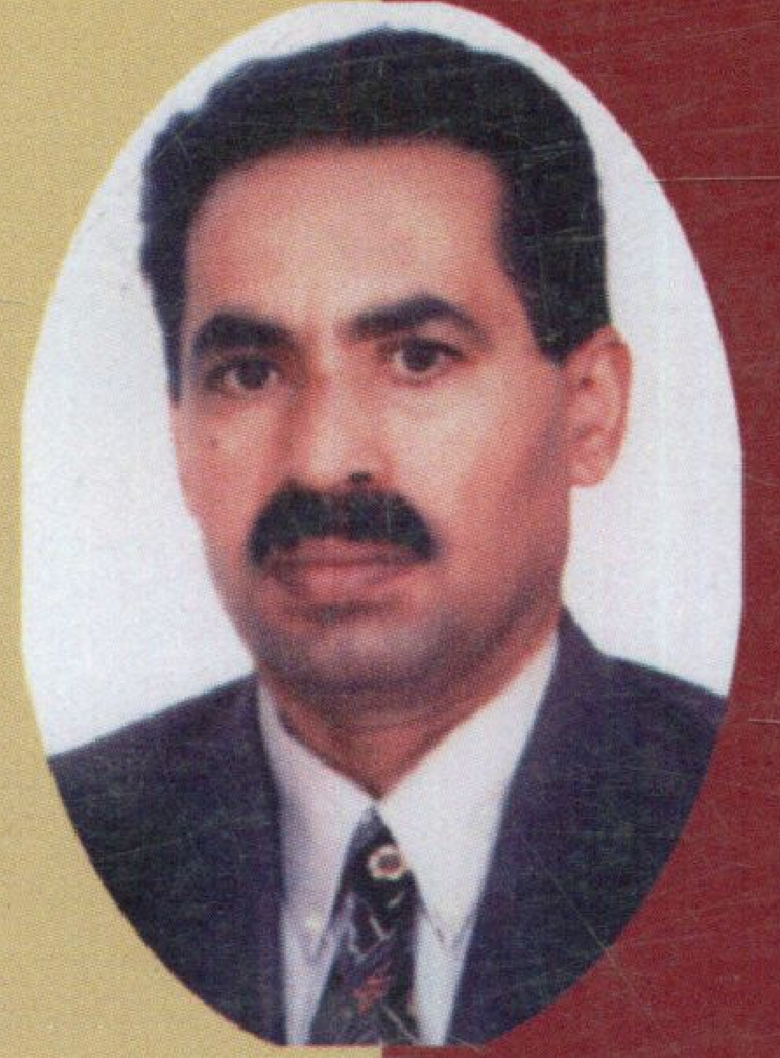
-Farrington P. David(1985) Delinquency prevention in the 1980s. Journal of Adolescence, Volume 8, Issue 1, March 1985, Pages 3-16.

- Falton , M J . (1979.). The Effects of Emg Biofeedback and desensitization upon test Anxiety , J . Of Education guidance and Counseling . vol (40) , No(11)

-Fimian,M,J(1986). Social support and occupational stress .Special Education Teacher.Vol(52) 5 .pp.436-442.
-Fimian,M,J(1987).Teachers sterss :Aexpert Appraisal,Psychology in the School ,vol(24),pp.5-14).
-Fimian,M. J (1983). Analysis of the relationship among personal and professional variabels and perceived stress of main stream ad special education teachers.Dissertation Abstract International,vol(43)3,2590A
-Fo,W.S and O'Donnell,(1992).The buddy system;Ettect of community intervention on delinquent offenses.Behavior Therapy.vol6,pp;522-524.
-Fontana,D.(1989).Managing Stress,Published by The British Psychological Society and Routledge ltd.
-Forman S,G(1990).Rational emotive theory contributions to teacher Stress' Management.School Psychojogy Review,vol(19),3 pp:515-521.
Gearheart, B. (1980). Special Education For the 80. The C.V Mobsy Company. London.
-Gearheart, B., Weishahn, M. & Gearheart, C. (1980). The exceptional student in the regular classroom. 4th ed London : Merril
-Gresham, F. (1981). Assessment of children's social skills Journal of school psychology, vol.19,No.2,pp.120-133.
- Gurtman , M.B (1968) . Depression and the response of others : Reevaluation the reevalation :J , Of American psychology , vol , 95 , pp . 99 – 101 .
-Hanis ,A.(1992).Comparison of cognitive --behavioral stress management techniques with adolescents boys ,Journal Of Counseling and Development ,vol.70(5).
-Harriman , P.I (1976) . Handbook of psychological terms litteleid . Adams and CO.
- Herr,E.L(1985).Why Counsling.American association for counseling and development.(2nd ed) Alexandria.
-Hurre, T. & Aro, H. (1998) Psychosocial development among adolescents with visual Impairment. European Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 7 (2) : 73-78.
-Kaplan,H.and Sadock(1991). Synopsis of psychiatry:behavioral sciences,Clinica Psychiatry.Baltimore;Williams&Wilkins,6th,Ed.l
- Kazdin,A .E& Wilson ,G(1978).Criteria for evaluating psychotherapy. Archives Of General Psychiatry,vol (35),4,pp: 407-417.
- Kessler , R.C and Stang . P . (1994). Life time comorbities between social phobia and Mood disorders in the use national comrobidity suries . Harrard Medical . School Boston .
-Kolb, S & Maxwell, C. (2003). Critical social skills for adolescents with high incidence disabilities : parental perspectives. Exceptional Children, Vol.69, No.2, pp.163-179.
-Liperman.R ,Eugenie,G Wheeler &Julie kuehnel.(1980) Marital of therapy,Plenum press, New York.
-Lourence,Miller.(1989).What biofeedback does and does,nt do .Psychology To School.vol(23),pp:22-24.
– Matteson . M and invacevich , J(1987). Controlling work . Stress , Jossey – Bass .
-McCormick, J. Brooks-Gunn, T. Shorter, J.H. Holmes,. Wallace and M.C.(1990). Heagarty, Factors associated with smoking in low-income pregnant women: Relationship to birth weight, stressful life events, social support, health behaviors and mental distress, *Journal of Clinical Epidemiology* 43 (5) (1990), pp. 441–448.
-Moote, Smyth & Wodarski (1999). Social skills trainign with youth in school settings : A review Research on Social Work Practice, Vol.9 (4), pp. 427-465.
-Morrison, T.)2004). Body- image evaluations and body – image investment among adolescents : A test of socio cultural and social comparison. Adolescence, vol.(39),155: 571-592.

-Murrell,S(1970):Intra family variables and psychotherapy outcome, Reseach, Psychotherapy, Theory, Research and Prractice ,vol(70)1, pp;91-21.
-Myra J. (1999). Music Therapy and Language for the Autistic Willamette University Salem, Oregan This Paper Came from The Net Http://www.Autism.org/music-html.
-Patterson C.H.(1965)Matching versus randomization in studies of counseling. Journal of Counseling Psychology. Vol, 3, (4),PP;262-271.
-Porter, L. (2002) Emotional Social needs. In Porter, L. (ed) education young children with speciel needs Paul Champman Publishing, A sage publication company.
- ReberA.S.(1995).The penguin dictionary of psychology,London Penguin.
-Rogers , C.(1951) . Client – centered therapy . Boston , Houghton, Mifflin.
-Rogers , C.(1959).A theory of therapy,Personality and interpersonal relationships .New York
-Rogers, C.(1961).On becoming a person; Atherapist,s view of psychotherapy,Constable .London.
- Romano , J , and Cbinc . W.(1976) .Emg back stization for test Anxiety educaion . J . Of Counseling Psychology . vol . 25(1) . pp . 8 – 13 . (jan)
-Royse, D.; Thyer, B. A.; Padgett, D. K.; and Logan, T. K. (2001). Program evaluation: an introduction (3rd ed.). Belmont: Wadsworth/ Thomson Learning.
- Schwartz , G . and Beatly . J .(1977) . Bio feed back ; theory and research , New York .Academic Press .
- Selye , H(1976) Street in health and disease . Boston . Butter worth
- Spiegler M and Guivrremont . D. (1993). Contenfornia : behavior therapy . pecific Grove , california : brools / cole Publishing Company .
-Theodore and Vivian H. Hewer(1985). A Program of Group Counseling. Journal of Adolescence, Vol 8, (1) , pp; 3-16
-Van Hasselt, V.; Hersen, M.; witehill, M.; Bellack, A. (1979) Social skills assessment and training for children : An evaluative review. Behauiour Research & Therapy, Vol.17.pp.413-437.
-Volsky -Wagner, E. (2004). Development and implementation of a curriculum to develop social competence for students with visual impairments in Germany Journal of Visual Impairments & Blindness, vol.98,(1):709-728.
-Warren, D. (1981). Visual Impairment. In Hallahan & Kauffman (eds) handbook of special education. USA : Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs.
Warren, D. (1994). Blindness and children : An individual differences approach. London : Cambridge university Press.
-Worthen, B.,Sanders, J.Fitzpatrick, J.(1997). Program evaluation: Alternative approaches & practical guidelines. New York: Longman.
-Zigler ,E.Taussing and Blacg,K(1992).Earlychildhood intervention American Psychology,vol47,pp;997-1006.

الفهرس



المبادئ العامة

في تخطيط وتقييم برامج الإرشاد النفسي

د. رياض نايل العاسمي

أستاذ العلاج النفسي المساعد (المشارك) في قسم الإرشاد النفسي، كلية التربية، جامعة دمشق.

- من مواليد الجمهورية العربية السورية، محافظة درعا، مدينة داعل (١٩٦٣).
- حصل على درجة البكالوريوس في علم النفس، بجامعة دمشق.
- عُيّن معيداً بالكلية اختصاص علم النفس العلاجي.
- أوفد إلى مصر لتحضير درجة الدكتوراه، حيث حصل على الماجستير في قسم الصحة النفسية بجامعة القاهرة بتقدير امتياز، وحصل على الدكتوراه في قسم الإرشاد النفسي بجامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث التربوية (١٩٩٨)، وكان موضوعه أثر العلاج النفسي بمصاحبة تقنية الفيديو والتغذية الراجعة البيولوجية في علاج القلق لدى المترددين على العيادة النفسية.
- عيّن مدرساً في قسم الصحة النفسية والتربية التجريبية بكلية التربية عام١٩٩٩
- عين رئيس قسم الإرشاد النفسي في جامعة دمشق، كلية التربية من عام ٢٠٠٥ إلى ٢٠٠٨.
- صدر له العديد من الكتب العلمية في الإرشاد والعلاج النفسي النفسي والتربوي، وسيكولوجية الطفل الرافض للمدرسة، وعلم النـ ومشكلات الأطفال والمراهقين، والإرشاد النفسي لطفل الروضة، والتـ والإرشاد النفسي العملي، وعلم النفس المرضي.
- له العديد من البحوث والدراسات النفسية المنشورة في المجلات الـ القطر وخارجه. كما شارك بالعديد من المؤتمرات العلمية داخل القطـ
- شارك في العديد من البرامج التلفزيونية حول قضايا الإرشاد وخارجه. وحالياً مُعار إلى جامعة الملك خالد (المملكة العربية السعـ النفس التربوي.